SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Selbsthilfe 2000: Perspektiven der Selbsthilfe und ihrer infrastrukturellen Förderung

Braun, Joachim; Kettler, Ulrich

Veröffentlichungsversion / Published Version
Konferenzbeitrag / conference paper

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

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Braun, J., & Kettler, U. (1996). *Selbsthilfe 2000: Perspektiven der Selbsthilfe und ihrer infrastrukturellen Förderung.* (ISAB-Berichte aus Forschung und Praxis, 42). Köln: Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB). https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-128633

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. 42

ISAB-Berichte aus Forschung und Praxis

Selbsthilfe 2000: Perspektiven der Selbsthilfe und ihrer infrastrukturellen Förderung

Redaktion und Konzeption:
Joachim Braun
Ulrich Kettler

ISAB – Institut für Sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung Köln-Leipzig

Gliederung

1. Vorwort zum Tagungsbericht 6
Joachim Braun, Dr. Ulrich Kettler, ISAB Köln-Leipzig

2. Grußworte 10
Moderatorin: Dr. Ute Gebhardt, Erfurt
2.1 Grußwort der Stadt Suhl 10
Rüdiger Müller, Bürgermeister der Stadt Suhl
2.2 Grußwort des Landes Thüringen 12
Angela Engelhard, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Erfurt

3. Selbsthilfeförderung - eine Aufgabe für Politik und Gesellschaft 14
Claudia Nolte, MdB, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn

4. Selbsthilfe und soziales Engagement in Deutschland - die gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe 21
Prof. Dr. Christian von Ferber, ISAB Köln-Leipzig

5. Praxisberichte von Selbsthilfegruppen 32
5.1 Selbsthilfegruppe Morbus Crohn 32
Hannelore Hammermüller, Erfurt
5.2 Selbsthilfegruppe Angehöriger Parkinsonerkrankter 34
Waltraud Horn, Suhl
5.3 Diskussion im Plenum 38
Moderatorin: Dr. Ute Gebhardt, Erfurt

6. Selbsthilfepotentiale in den alten und neuen Bundesländern und ihre Aktivierung durch Selbsthilfekontaktstellen 44
Joachim Braun, ISAB Köln-Leipzig

7. Der Beitrag der Wohlfahrtsverbände zur Unterstützung von Selbsthilfe-gruppen und der Wert der Selbsthilfe für die Wohlfahrtspflege 52
Klaus Dörrie, DER PARITÄTISCHE, Frankfurt/Main
8. Diskussion im Plenum 60
Moderatorin: Dr. Ute Gebhardt, Erfurt

9. Selbsthilfeförderung unter Kosten-Nutzen Gesichtspunkten 65
Dr. Wolfgang Stark, Selbsthilfezentrum München

10. Selbsthilfeförderung als Bestandteil kommunaler Sozialpolitik 91
10.1 Selbsthilfeförderung am Beispiel der Stadt Erfurt 91
Dr. Ute Zacharias, KISS Erfurt, i.V. Dr. Christel Cölln, Leiterin des Gesundheitsamtes Erfurt
10.2 Selbsthilfeförderung am Beispiel der Stadt Münster 93
Helga Bickeböller, Sozialdezernentin, Münster

11. Diskussion im Plenum 97
Moderatorin: Dr. Ute Gebhardt, Erfurt

12. Forum 1: Was kann Selbsthilfe? Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe als Beitrag zur Weiterentwicklung des Sozialstaates..... 99
Moderator: Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Universität Hamburg
12.1 Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe 99
Dr. Peter Motsch, Sozialreferent, Würzburg
12.2 Selbsthilfe als Beitrag zur Weiterentwicklung des Sozialstaates 103
Prof. Dr. Thomas Olk, Universität Halle/Saale
12.3 Tischvorlage: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms durch ISAB 108
12.4 Diskussion im Forum 1 113

13. Forum 2: Wem nützt Selbsthilfe? Gesellschaftliche und ökonomische Bedeutung der Selbsthilfe 115
Moderator: Christoph Nachtigäller, BAGH, Düsseldorf
13.1 Zur Bedeutung der Selbsthilfe 115
Prof. Dr. Hans Dietrich Engelhardt, Fachhochschule München
13.2 Tischvorlage: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms durch ISAB 120
13.3 Diskussion im Forum 2 122
14. Forum 3: Wofür stehen Selbsthilfekontaktstellen? Das gegenwärtige Aufgabenprofil und zukünftige Tätigkeitsfelder von Selbsthilfekontaktstellen 124
Moderator: Dr. Ulrich Kettler, ISAB Köln-Leipzig

14.1 Standardaufgabenprofil von Selbsthilfekontaktstellen am Beispiel der KISS Erfurt 124
Dr. Ute Zacharias, KISS Erfurt
14.2 „Weiter so, und ...!“ Erweiterung des Aufgabenfeldes von Selbsthilfekontaktstellen 128
Andreas Greiwe, MIKS Münster
14.3 Tischvorlage: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms durch ISAB 136
14.4 Diskussion im Forum 3 138

15. Forum 4: Wer fördert Selbsthilfe? Die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen durch Kommunen, Länder und Krankenkassen172
Moderator: Klaus Balke, NAKOS Berlin
15.1 Möglichkeiten der Selbsthilfeförderung durch Länder 140
Angela Engelhard, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Thüringen
15.2 Möglichkeiten der Förderung von Kontaktstellen durch Krankenkassen 142
Manfred Wenig, IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
15.3 Tischvorlage: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms durch ISAB 146
15.4 Diskussion im Forum 4 150

16. Forum 5: Wie vernetzt sich Selbsthilfe? Die Organisierung der Interessenvertretung von Selbsthilfekontaktstellen in den Bundesländern 155
Moderatorin: Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfekontaktstellen (KOSKON), Nordrhein-Westfalen
16.1 Ziele und Leistungen der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen in Sachsen 156
Marlies Händel, Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfe-Kontaktstellen (LAG SKS), Sachsen
16.2 Ziele und Leistungen der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen in Nordrhein-Westfalen 159
Heidi Kramer, Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen, (AG KISS NW) Nordrhein-Westfalen
16.3 Tischvorlage: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms durch ISAB 161

17. Präsentation der Ergebnisse der fünf Foren im Plenum 164

17.1 Ergebnisse aus Forum 1 164
Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Universität Hamburg
17.2 Ergebnisse aus Forum 2 167
Christoph Nachtigäller, Bunausarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH), Düsseldorf
17.3 Ergebnisse aus Forum 3 170
Dr. Ulrich Kettler, ISAB Köln-Leipzig
17.4 Ergebnisse aus Forum 4 172
Klaus Balke, NAKOS Berlin
17.5 Ergebnisse aus Forum 5 175
Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfekontaktstellen (KOSKON), Nordrhein-Westfalen

18. Die Zukunft der Förderung von Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen - Abschlußdiskussion 177
Moderator: Ministerialrat Wolfgang Hesse, BMFSFJ

19. Info-Markt: Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen stellen sich vor 200
Moderation und Führung: Christian Wend, Berlin

20. Anhang 205
20.1 Moderatoren, Referenten und Podiumsteilnehmer 205

1. Vorwort zum Tagungsbericht

Joachim Braun, Dr. Ulrich Kettler, ISAB Köln-Leipzig

Der vorliegende Bericht dokumentiert die Fachtagung „Selbsthilfe 2000: Perspektiven der Selbsthilfe und ihrer infrastrukturellen Förderung in den alten und neuen Bundesländern“, die am 11. und 12. Dezember 1995 in Suhl stattfand. Auftraggeber dieser Fachtagung war das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Die Organisation und Dokumentation der Tagung lag beim Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB).

Die Tagung präsentiert einer bundesweiten Fachöffentlichkeit Ergebnisse der Begleitforschung der Modellprogramme zur Selbsthilfeförderung in den alten Bundesländern sowie des laufenden Programms „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“. Mit Fachleuten wurdenPerspektiven für die zukünftige Selbsthilfeförderpolitik sowie Fragen der Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen als unterstützende Infrastruktur erörtert. In der abschließenden Podiumsdiskussion waren Politikerinnen und Politiker aus den Bundestagsfraktionen sowie Finanzierungsträger und wichtige Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens aufgefordert, ihre Einschätzung der Bedeutung der Selbsthilfe sowie der Notwendigkeit einer aktiven Selbsthilfeförderpolitik vorzustellen. Die Finanzierungsträger der Selbsthilfeförderpolitik - Länder, Kommunen und Krankenkassen - sollten darlegen, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen sie sich zukünftig an der Förderpolitik beteiligen wollen.

Das hohe Interesse an der Fachtagung führte zu einer Teilnahme von 250 Expertinnen und Experten:

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Selbsthilfekontaktstellen
- Trägervertreter von Selbsthilfekontaktstellen
- Vertreter der Wohlfahrtsverbände
- Vertreter der Krankenkassen
- Mitglieder aus Selbsthilfegruppen und überregionalen Selbsthilfeverbänden
- Fachverbände im Bereich der Selbsthilfe (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG), der PARITÄTISCHE Bundesverband
- Fachvertreterinnen und Fachvertreter aus Wissenschaft und Presse
- Vertreter aus Städten und Kreisen sowie den kommunalen Spitzenverbänden
- Vertreter der Länderministerien und des Bundesministeriums.
- Parlamentarische Vertreter aus Kommunen, den Ländern und dem Bund

Die dokumentierten Fachvorträge im Plenum, die Diskussionen in fünf parallelen Arbeitsgruppen (Foren), die Podiumsdiskussion sowie der Info-Markt zeigen, daß die Selbsthilfebewegung in der Bundesrepublik Deutschland eine hohe gesellschaftliche Anerkennung genießt. In Vorbereitung der Fachtagung hat ISAB Ergebnisse und Erkenntnisse aus den Modellprogrammen für die Teilnehmer zusammengestellt. Sie erhielten damit Gelegenheit, zentrale Ergebnisse des laufenden Modellprogrammes zur Kenntnis zu nehmen und zu bewerten. Dieses Vorgehen ermöglicht es, die Anregungen der Fachtagung in den Abschlußbericht des Modellprogrammes „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ einzubeziehen. Er wird Ende 1996 als Band Nr. 50 in der Schriftenreihe des ISAB-Verlages unter dem (Arbeits-)Titel: „Braun, J./ Kettler, U./ Becker, I.: Selbsthilfeförderung in der Bundesrepublik Deutschland“ erscheinen.

In den Beiträgen von Frau Ministerin Claudia Nolte, Prof. Dr. Christian von Ferber, Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Prof. Dr. Thomas Olk und Prof. Dr. Hans Dietrich Engelhardt wird deutlich, daß Selbsthilfegruppen einen Beitrag zu gesellschaftlichen Entwicklungen und Problemen in der Bundesrepublik Deutschland leisten. So liefert Selbsthilfe Lösungsansätze zu Themen wie Bürgerbeteiligung und Partizipation, Förderung von freiwilligem sozialen Engagement, Umbau des Sozialstaates und Reorganisation des Gesundheitswesens. Um erfolgreich arbeiten zu können, brauchen die Gruppen und Initiativen Beratung und Unterstützung.

Ein wichtiges Thema der Fachtagung betraf Fragen nach der gesellschaftlichen Wertschöpfung und der ökonomischen Bedeutung der Selbsthilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Joachim Braun und Wolfgang Stark präsentierten dazu in ihren Beiträgen jüngste Forschungsergebnisse. Konkrete Beispiele und repräsentative Hochrechnungen belegen, daß der zeitliche Umfang freiwillig erbrachter Selbsthilfeleistungen und die hieraus resultierende Wertschöpfung höher liegen als bisher angenommen.

Weiterhin ging es um die Kosten und Finanzierung für Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen sowie Fragen nach der Trägerschaft bzw. -übernahme. Als Diskussionsgrundlage wurde ein Förderkonzept vorgestellt, das ISAB im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Modellprogramme erarbeitet hat und das bereits in verschiedenen Institutionen und Organisationen diskutiert und differenziert werden konnte (vgl. den Zwischenbericht zum Modellprogramm: Braun/ Kasmann/ Kettler 1994. Schriftenreihe des BMFuS Bd. 42). Vertreterinnen und Vertreter der Wohl-

fahrtsverbände, der Landesministerien, aus Kommunen sowie der Bundesverbände der Krankenkassen wurden zu ihrer Bereitschaft zur Mitarbeit und Kostenübernahme befragt.

Abgerundet wurde die Tagung durch die Vorstellung praktischer Beispiele und Erfahrungen von Selbsthilfegruppen sowie gelungener kommunaler Selbsthilfeförderpolitik. Im Plenum stellten Frau Hannelore Hammermüller aus Erfurt und Frau Waltraud Horn aus Suhl Möglichkeiten, Leistungen und Schwierigkeiten der Arbeit in ihren Selbsthilfegruppen vor. Ferner wurde die erfolgreiche kommunale Selbsthilfeförderpolitik in Münster und Erfurt präsentiert. Mitglieder verschiedener Suhler und Würzburger Selbsthilfegruppen hatten einen informativen Info-Markt vorbereitet, auf dem sie ihre Arbeit darstellten.

In den Diskussionen der Fachtagung konnte die Frage, wer die Kosten der Infrastruktur für Selbsthilfekontaktstellen übernehmen soll, nicht abschließend geklärt werden. Bei den Bundesländern sowie den an den Modellprogrammen beteiligten Kommunen zeichnete sich eine hohe Bereitschaft zu einer Finanzierungsbeteiligung ab. Bei den Krankenkassen bestehen jedoch nach wie vor unterschiedliche Positionen: Während einzelne Krankenkassen zu einer Mitfinanzierung bereit sind, wird dies von VdAK und AOK bislang abgelehnt. Ein Ergebnis der Diskussionen war, daß Selbsthilfeförderpolitik sowohl für die öffentliche Hand als auch für die gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtaufgabe festgeschrieben werden muß. Im ersten Halbjahr 1996 haben die „Sparpläne“ der Bundesregierung dazu geführt, daß der § 20 Abs. 3a SGB V aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen werden sollte. U.a. massive Proteste der Selbsthilfe- und der Fachverbände (BAGH, des PARITÄTISCHEN, DAG SHG e.V. und der Landesarbeitsgemeinschaften der Kontaktstellen) hatten zur Folge, daß die Selbsthilfeförderung als „Kann-Leistung“ erhalten bleibt.

Der Tagungsbericht spiegelt aber auch das Dilemma, in dem sich die bundesrepublikanische Selbsthilfe befindet (vgl. die Beiträge von Christoph Nachtigäller (BAGH) und Birgit Moos-Hofius (DAG SHG): Trotz nachgewiesener Erfolge der Förderpolitik, trotz des hohen volkswirtschaftlichen Nutzens, trotz vergleichsweise geringer Kosten der unterstützenden Infrastruktur und trotz der breiten Anerkennung der Leistungen von Selbsthilfegruppen und Initiativen durch alle relevanten Verbände und Institutionen sind die ca. 160 Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik noch immer in ihrer Existenz bedroht.

Der Tagungsbericht, in der Schriftenreihe des ISAB-Verlages „Berichte aus Forschung und Praxis“ Band Nr. 42, ist Bestandteil der Forschungsberichterstattung über das Modellprogramm. Bedanken möchten wir uns bei allen Referenten und Moderatoren, die mit Redemanuskripten sowie durch die Überarbeitung von Transkripten dazu beigetragen haben, daß dieser Bericht veröffentlicht werden konnte.

2. Grußworte

Moderatorin: Dr. Ute Gebhardt, Erfurt

Gebhardt: Ich darf Sie alle ganz herzlich auf unserer Tagung „Selbsthilfe 2000“ begrüßen. Wir freuen uns, daß Sie alle hergefunden haben, trotz Schnee, Eis, Nebel, und nun auf dem 750 m hohen Ringberg mitten im Thüringer Wald sitzen. Der Berg hat natürlich Vorteile. Ich hoffe, daß wir von hier aus den richtigen Überblick haben, und ich wünsche uns eine Weitsicht, trotz des Nebels, für unser Thema.

„Selbsthilfe 2000: Perspektiven der Selbsthilfe und ihrer infrastrukturellen Förderung in den alten und neuen Bundesländern“. Ich meine, das ist ein sehr mutiger Tagungstitel, denn noch haben wir Scheu, über das Ende des Jahrhunderts, über das neue Jahrtausend zu sprechen, über das, was auf Selbsthilfe zukommt, was ihre Aufgaben in der Zukunft sein werden. Darüber wollen wir diskutieren. Auch über das Heute. Was ist heute zu schaffen? Welche Bedingungen braucht Selbsthilfe, damit sie ihre Aufgaben in der Zukunft erfüllen kann? Ihnen allen, uns ein gutes Gelingen dafür.

Für die Gelegenheit, diese zweitägige Tagung hier in Suhl durchführen zu können, danken wir dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend als Veranstalter der Tagung. Und dem Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung Köln-Leipzig für die Organisation. Wir alle sind froh, daß Sie, Frau Nolte, als Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend heute zu uns gefunden haben, und ich begrüße außerdem Frau Engelhard vom Thüringer Ministerium für Gesundheit und Soziales. Sie vertritt heute Frau Ministerin Ellenberger. Und Herrn Bürgermeister Müller für die Stadt Suhl. Herr Müller, ich darf Sie zu Anfang um ein Grußwort bitten.

2.1 Grußwort der Stadt Suhl

Rüdiger Müller, Bürgermeister der Stadt Suhl

Ich möchte Sie alle zu dieser heutigen Fachtagung recht herzlich bei uns in Suhl begrüßen und Ihnen die Grüße unseres Stadtrates und unseres Oberbürgermeisters überbringen.

Die Stadt Suhl mit ihren 54.000 Einwohnern liegt unmittelbar am Fuße dieses Berges, auf dem wir uns hier befinden. Suhl ist das kulturelle und wirtschaftliche Zentrum der Region Süd-Thüringen. Der Strukturwandel in den letzten Jahren hat auch unsere Stadt vor vielfältige Aufgaben gestellt. Und so entwickelt sich Suhl zusehends vom wirtschaftlichen Schwerpunkt in Richtung eines Dienstleistungszentrums für die Region Süd-Thüringen.

Ein besonders wertvoller Faktor in unserer Gegend ist die wunderschöne Landschaft. Ich hoffe, daß Sie in den Tagungspausen die Zeit finden, einen Blick darauf zu werfen

und die Kunde davon mit in Ihre Heimat zu nehmen, denn der Tourismus ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor bei uns geworden.

Der angesprochene Strukturwandel in unserer Stadt ist symptomatisch für die neuen Bundesländer. Er betrifft alle Bereiche, sowohl die Wirtschaft als auch den Sozialbereich. Diese Entwicklung muß in einer Zeit der sozialen Umbrüche so gestaltet werden, daß das Anliegen unserer Bürgerinnen und Bürger und hierbei besonders der Hilfebedürftigen bei dieser Veränderung verstanden und ihre Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Dort, wo es möglich ist, ist dabei die Selbsthilfe gefragt. Viel Hilfe auf diesem Weg hat uns in Suhl ein in unserer Stadt angesiedeltes Bundesmodellprojekt für Selbsthilfe mit der BESEG gebracht. Die wachsende Zahl der Selbsthilfegruppen ist ein Ausdruck für die Bereitschaft vieler Menschen, mehr Selbstverantwortung zu übernehmen. Dank des Engagements der im Bundesmodellprojekt Tätigen hat sich bei uns in der Stadt Suhl die Zahl der Selbsthilfegruppen von drei Selbsthilfegruppen 1990 auf insgesamt 63 Selbsthilfegruppen im Jahr 1996 vergrößert. Die Tendenz ist steigend.

Gestatten Sie mir noch einige Worte zur Förderung der Selbsthilfegruppen. Als Bürgermeister bin ich in der Stadt Suhl verantwortlich für den Sozialbereich und hierbei auch für den Bereich der Selbsthilfegruppen. In einem Schreiben an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat sich die Stadt Suhl zur Weiterführung der Beratungsstelle für Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, also des Bundesmodellprojektes, bekannt. Zu dieser Aussage stehen wir. Dies bedeutet jedoch für uns eine finanzielle Belastung von ca. 297.000 DM, wenn in Zukunft alles, was bisher vom Bund bezahlt worden ist, von der Stadt bezahlt werden muß. Ich möchte anregen, daß sowohl Bund als auch Land ihre Verpflichtung sehen sollten, sich finanziell daran zu beteiligen.

Wir in Suhl wollen die Entwicklung der Selbsthilfebewegung als etwas Neues für die neuen Bundesländer und etwas Notwendiges beim sozialen Umbau lebendig halten. Und die Vorteile, welche daraus entstehen, mit dem Ziel nutzen, mit der BESEG ein soziales Zentrum in Suhl zu schaffen, welches in Gesundheitsfragen und als Koordinierungsstelle für gesundheitsfördernde Angebote sowie als Begegnungsstätte für die Selbsthilfegruppen einen festen Platz in unserer Stadt haben soll. Die Lösung dieser Aufgaben wird für unsere Stadt nicht leicht sein. Aber wir werden den erfolgreichen Weg weiter beschreiten. Ich wünsche uns allen für die vor uns liegenden Aufgaben viel Erfolg und Ihrer Fachtagung ein gutes Gelingen.

2.2 Grußwort des Landes Thüringen

Angela Engelhard, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Erfurt

Im Namen der Thüringer Landesregierung und insbesondere im Namen unserer Sozialministerin Frau Ellenberger möchte ich Sie im nebelverhangenen, aber doch schönen Suhl ganz herzlich hier in Thüringen begrüßen.

Das Thema der heutigen Veranstaltung verdeutlicht die wachsende Bedeutung der Selbsthilfe in diesem Jahrhundert und auch für das nächste Jahrtausend. Wichtige Themen sollte man, das ist meine persönliche Überzeugung, auch mit großem Schwung angehen.

Bei der bisherigen Entwicklung der Selbsthilfe in Thüringen kommt Suhl eine besondere Bedeutung zu. Der Herr Bürgermeister hatte es eben schon angesprochen. Suhl bildet neben Erfurt und Jena einen der Standorte des Modellprogrammes „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiiert wurde. In Thüringen werden im Rahmen dieses Modellprogrammes drei Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen gefördert. Das ist zum einen die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen in Erfurt (KISS Erfurt). Dann die Informations- und Kontaktstelle in Jena (IKOS Jena) und die schon erwähnte Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen-Unterstützung und -Gesundheitsförderung in Suhl (BESEG Suhl). Die unterschiedlichen Abkürzungen für ein vergleichbares Aufgabenprofil stimmen mich immer munter, sie bringen die Vielfalt und Kreativität der Selbsthilfebewegung zum Ausdruck.

Diese Kontaktstellen haben aufgrund ihrer Personal- und Sachausstattung, insbesondere aber wegen des Engagements und der Fachkompetenz ihrer Mitarbeiterinnen einen ganz wesentlichen Anteil an der Entwicklung von Selbsthilfe in Thüringen. Wir hätten erheblich weniger Selbsthilfegruppen, aber auch weniger andere Kontaktstellen, wenn es die drei Modellstandorte mit ihrer Impulsfunktion nicht geben würde.

Wir haben inzwischen über 600 Selbsthilfegruppen in Thüringen, die einen festen Platz in unserem Gesundheits- und Sozialsystem gefunden haben, und 18 Kontaktstellen. Die Betroffenen in den einzelnen Selbsthilfegruppen erhalten konkrete Hilfen in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern: z.B. Chronische Erkrankungen, psychosoziale Probleme, seelische Beeinträchtigungen, Behinderung, Suchtabhängigkeit, Frauenselbsthilfe, Eltern-und-Kind-Selbsthilfe, besondere soziale Situationen sowie Alter und Nachbarschaft.

Gemäß der Bedeutung und dem hohen Stellenwert, den die Thüringer Landesregierung der Selbsthilfe einräumt, fördern wir Selbsthilfeaktivitäten bereits seit 1991. Nach unserer derzeit noch geltenden Förderrichtlinie sind anspruchsberechtigt sowohl einzelne Gruppen als auch Selbsthilfeverbände bzw. -organisationen. Das Ziel

unserer Förderung besteht darin, Betroffenen die Möglichkeit zu gemeinsamen Aktivitäten zu geben, bestehende Hilfsmöglichkeiten optimal zu nutzen und neue Wege der Hilfe zu erproben.
Wir hatten 1995 im Haushalt 400.000 DM für die Förderung von Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Damit können je nach Förderumfang bis zu 80 % der Kosten einer Gruppe gefördert werden. Darüber hinaus haben wir Fördermittel speziell im Suchtbereich, im Rahmen der Förderung von Arbeitsloseninitiativen sowie auch in der psychiatrischen Versorgung bereitgestellt.
Ich möchte als Thüringer Besonderheit hervorheben, daß wir, abgesehen von den drei letztgenannten Bereichen, auf eine Trennung zwischen sozialer Selbsthilfe und gesundheitlicher Selbsthilfe bei unserer Richtlinie bewußt verzichtet haben, weil viele Gruppen in beiden Bereichen wirken. Eine Unterteilung der Förderung in zwei Bereiche entspricht nicht der Realität der Gruppen. Wir haben darauf verzichtet, um unnötige bürokratische Hürden zu vermeiden. Zu nennen sind ferner die Thüringer Gesundheitswoche und die Aktivitäten der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (AGETUR). Ich hoffe, daß all diese Maßnahmen dazu beitragen, die Selbsthilfe den Bürgerinnen und Bürgern näher zu bringen.
Neben dem Land stehen auch die Kreise und kreisfreien Städte in der Verantwortung. Aufbau und Pflege der sozialen Infrastruktur vor Ort obliegen primär den kommunalpolitischen Instanzen. Last but not least sind die Krankenkassen gefordert. Ein Ihnen sicherlich bekanntes Thema. Mit der Regelung in § 20 Abs. 3 a des SGB V ist Selbsthilfeförderung auch Bestandteil des Krankenversicherungsrechtes.
Für die Zukunft wollen wir unsere Förderung in Thüringen ändern. Die Koalitionsvereinbarung zwischen CDU und SPD über die Bildung einer Koalitionsregierung vom November letzten Jahres enthält die Aussage, daß Initiativen im Bereich der Selbsthilfe durch den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Kontaktstellen stabilisiert und verstärkt werden sollen. Die Entscheidung darüber, in welcher Form die Förderung der Kontaktstellen erfolgen wird und, insbesondere, wie sich die Kreise und kreisfreien Städte und auch die Krankenkassen an der Förderung eventuell beteiligen, ist noch nicht getroffen. Wir müssen darüber noch weitere Gespräche führen. Wir legen aber besonderen Wert darauf, daß neben den Modellkontaktstellen in Erfurt, Jena und Suhl weitere Kontakt- und Informationsstellen, die seit einigen Jahren arbeiten und sich bewährt haben, weitergeführt werden können. Die Landesregierung ist sich ihrer Verantwortung in dem Bereich bewußt. Wir wollen unser Scherflein dazu beitragen.

3. Selbsthilfeförderung - eine Aufgabe für Politik und Gesellschaft

Ich freue mich, Sie heute in Suhl zur Fachtagung „Selbsthilfe 2000“ begrüßen zu können. Vielleicht bleibt Ihnen neben der Arbeit etwas Zeit, sich die schöne Umgebung anzusehen. Wer sich - so wie ich es getan habe - die Gegend erwandert und per Fahrrad erschlossen hat, der weiß, daß Thüringen nicht nur gute Tagungsstätten bietet, sondern auch ein lohnenswertes Ziel für Urlaub und Erholung ist.

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein sozialer Rechtsstaat. Das Sozialstaatsgebot gehört zu den Grundlagen unserer verfassungsmäßigen Ordnung. Für die großen Lebensrisiken hat die Gemeinschaft Sicherungs- und Versorgungseinrichtungen geschaffen. Sie dienen der materiellen Absicherung und der professionellen Hilfe bei Alter, Arbeitslosigkeit, Unfall, Krankheit, Armut und jetzt auch für den Pflegefall. Daneben gibt es staatlich finanzierte Beratungsdienste für viele Wechselfälle des Lebens. In unserem Land können Menschen bei Bedarf auf die solidarische Unterstützung durch die Gemeinschaft bauen.

Eine soziale Gesellschaft machen jedoch nicht allein die großen Sozialversicherungen aus, sie hat noch eine andere Dimension. Zu ihr gehört auch die unmittelbare und ganz spezielle Hilfe durch Mitmenschen, das freiwillige Engagement für die Gemeinschaft, das viele Bürgerinnen und Bürger durch die Übernahme von Ehrenämtern dokumentieren. Keine staatliche Institution kann die von Herzen kommende menschliche Zuwendung gewährleisten oder ersetzen. Neben dem familiären Beistand und der Unterstützung durch die anderen sogenannten primären Netzwerke der Nachbarschaft, Freundschaft und Bekanntschaft haben sich Selbsthilfegruppen als eigenständige Säule in unserem Sozialstaat etabliert.

Die Bewertung von Selbsthilfegruppen sowohl durch die Öffentlichkeit als auch insbesondere durch die im Sozial- und Gesundheitswesen Tätigen hat sich in den vergangenen Jahren deutlich gewandelt. Während die Selbsthilfegruppen noch zu Beginn der 80er Jahre mit Skepsis oder sogar ausgesprochener Kritik betrachtet wurden, werden sie heute allgemein akzeptiert und als wichtige Ergänzung des klassischen Sozial- und Gesundheitswesens angesehen.

Menschen sind soziale Wesen, wir brauchen Gemeinschaft. Unsere Lebensqualität hängt nicht zuletzt von den sozialen Netzen ab, die uns zur Verfügung stehen. Es gibt eben Armut im Sinne von Einsamkeit, die nicht über reine Geldtransfers aufgefangen werden kann. Deshalb müssen wir die überkommenen und bewährten sozialen Netze stabilisieren und weiterentwickeln und gleichzeitig neue Formen gemeinschaftlicher Selbsthilfe stärken und fördern. Das ist auch eine politische Aufgabe.

Die bisherigen Solidarleistungen durch Familie, Nachbarschaft und Verwandtschaft stehen nicht mehr überall unbedingt und selbstverständlich zur Verfügung. Wir müssen uns den gesellschaftlichen Wandlungsprozessen aktiv stellen. Allerdings dürfen wir auch nicht dem oft veröffentlichten Bild einer durch und durch egoistischen Gesellschaft erliegen, es entspricht keineswegs der Realität. Umfragen zeigen, wie groß die Bereitschaft zu Hilfe und Solidarität ist. Die Stärkung von Gemeinsinn ist mit dem Trend der Moderne vereinbar. Die Bedingungen hierfür müssen jedoch den Lebensverhältnissen der Menschen angemessen sein.

Eine wesentliche Bedingung hierfür scheint mir in der Akzeptanz und der Respektierung des Strebens nach Selbstverwirklichung zu liegen. Dieses Streben ist nicht gleichzusetzen mit Egoismus; es zielt zunächst einmal nur auf ein eigenständiges, selbstbestimmtes und unabhängiges Leben. Es besteht kein Widerspruch zwischen freiwilligem Engagement und der Selbstverwirklichung des einzelnen. Gerade der Einsatz für andere trägt wesentlich zur Selbstverwirklichung bei. Es ist doch überhaupt nicht anrüchig, im Gegenteil, wir sollten es anerkennen und dazu stehen, daß diejenigen, die heute aktiv werden, dies auch wegen der Vorteile tun, die sie für sich sehen. Wegen des Gewinns für die eigene Person. Weil sie die Gemeinschaft mit anderen Menschen schätzen und brauchen. Weil sie erkennen, daß sie selbst einmal auf Hilfe anderer angewiesen sein könnten und es ihnen dann wichtig wäre zu wissen, daß diese Hilfe von einem Menschen für sie selbst als Menschen erbracht wird und nicht von einer anonymen Organisation für einen ebenso anonymen Leistungsempfänger.

Was wir brauchen, sind Wege zur Verbindung unterschiedlicher Lebensziele. Wenn von zunehmend vielen Menschen, besonders von Frauen, eigene Erwerbstätigkeit als Voraussetzung für die angestrebte Selbstverwirklichung empfunden wird, sie aber gleichzeitig auch andere, gemeinsinnorientierte Werte für wichtig und erstrebenswert halten, so dürfen sie sich nicht einem Entweder - Oder gegenübersehen. Ihnen müssen Brücken zur Verbindung verschiedener Tätigkeitsfelder angeboten werden. Die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und gemeinnützigem Engagement ist für viele ein Schlüssel zur Realisierung eines erfüllten Lebens.

Viele Maßnahmen meines Ministeriums dienen diesem Ziel. Angefangen mit der Einführung eines Rechtsanspruches für jedes Kind ab 3 Jahren auf einen Kindergartenplatz, für den ich mich intensiv eingesetzt habe, bis hin zu unseren Bemühungen zur Flexibilisierung der Arbeitszeit.

Selbsthilfe ist eigentlich etwas uraltes: Schon immer haben sich Menschen gegenseitig in ihren Lebenskreisen geholfen und damit Selbsthilfe geleistet, auch wenn sie für ihr Tun diesen Namen nicht verwendeten. In der Familie, der Verwandtschaft, im

Freundeskreis, in der Nachbarschaft und im Stadtteil finden wir seit eh und je nicht nur die Fähigkeit, sondern auch die Bereitschaft zur Selbsthilfe.
Selbsthilfe in Form von Selbsthilfegruppen ist demgegenüber ein neues Phänomen. Die Selbsthilfebewegung hat sich in den 80er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland und nach der Wiedervereinigung auch in den neuen Bundesländern schnell ausgebreitet. Anders als bei den erwähnten herkömmlichen Formen von Selbsthilfe haben wir es bei den Selbsthilfegruppen mit Menschen zu tun, die sich in der Regel zunächst fremd sind und die über eine gemeinsame Betroffenheit zueinander finden. Menschen mit gleichen seelischen, sozialen oder gesundheitlichen Problemen kommen zusammen, um sich in der Gruppe gegenseitig zu unterstützen. Viele Gruppen verstehen sich darüber hinaus auch als Ansprechpartner und Helfer für andere Betroffene, oder sie engagieren sich für die Interessen anderer.
Ich will jetzt nicht versuchen, diese Bewegung einigermaßen adäquat zu beschreiben, zu analysieren und zu differenzieren. Dafür wird während der Tagung sicherlich noch vieles aus berufenerem Munde zu hören sein.
Lassen Sie mich statt dessen eine alte Geschichte in Erinnerung rufen, die mir das Wesen von Selbsthilfegruppen ganz treffend widerzuspiegeln scheint. Ich meine die Geschichte „Der Prophet und die langen Löffel“.
Ein Rechtgläubiger kam zum Propheten Elias und wollte von ihm wissen, was die Hölle und was der Himmel sei. Statt zu antworten, führte Elias den Fragesteller in einen Palast. Dort betraten sie einen großen Saal, in dem sich viele Menschen um ein offenes Feuer drängten, auf dem ein riesiger Topf brodelnder Suppe stand. Die Menschen waren hohlwangig, tiefäugig und klapperdürr. Jeder trug einen eisernen Löffel, der so groß war wie er selbst. Ganz hinten am Stiel hatten die Löffel einen hölzernen Griff. Nur diesen Griff durften die Menschen anfassen. Gierig stocherten die Hungrigen im Topf herum. Mit Mühe hoben sie ihren schweren Löffel aus der Suppe, da dieser aber zu lang war, bekam ihn auch der Stärkste nicht in den Mund. Einige Vorwitzige verbrühten sich oder ihre Nachbarn mit der heißen Suppe. Schimpfend gingen sie mit den Löffeln aufeinander los, mit denen sie eigentlich ihren Hunger hätten stillen sollen. Der Prophet Elias faßte seinen Begleiter am Arm und sagte: „Das ist die Hölle.“
Sie gingen weiter zu einem anderen Saal, in dem ebenfalls viele Menschen mit den gleichen Löffeln um einen Kessel mit Suppe saßen. Die Menschen waren jedoch wohlgenährt und summten leise und zufrieden vor sich hin. Sie hatten sich in Gruppen zusammengetan. Einer tauchte den Löffel ein und fütterte den anderen. So ging es reihum. Wurde einem der Löffel zu schwer, half ein anderer mit seinem aus. Der Prophet Elias sagte zu seinem Begleiter: „Das ist der Himmel.“

Ich denke, diese Parabel macht deutlich, worum es bei der Selbsthilfe geht. Die Zahl der Selbsthilfegruppen und Initiativen hat in den letzten Jahren weiter zugenommen. Eine neueste wissenschaftliche Untersuchung spricht von 67.500 Gruppen in Deutschland, in denen sich ca. 2,6 Mio. Menschen engagieren. Davon entfallen 7.500 Gruppen auf die neuen Bundesländer. Hier hat sich die Zahl der Selbsthilfegruppen in den letzten beiden Jahren um 50 % vergrößert, so daß heute ca. 200.000 Menschen in Selbsthilfegruppen engagiert sind.

Ich denke, daß das Modellprogramm „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ an dieser Entwicklung nicht unmaßgeblich beteiligt ist. Die wissenschaftliche Begleitforschung hat ergeben, daß die in dem Modellprogramm zusammengeschlossenen Selbsthilfekontaktstellen in dieser Zeit 36.700 verschiedene Nutzer informiert, beraten und unterstützt haben. Mit interessierten Bürgerinnen und Bürgern, mit Fachleuten und mit Selbsthilfegruppen gab es insgesamt über 98.400 verschiedene Kontakte.

In Deutschland sehen etwa 30 % der erwachsenen Bevölkerung in Selbsthilfegruppen für sich einen Weg, um ihre persönlichen Probleme zu lösen oder zu bearbeiten. Nicht alle werden diese Bereitschaft in die Tat umsetzen, und viele werden auch nicht auf Dauer Selbsthilfegruppen angehören. Aber die Zahl der Menschen ist groß, die sich Unterstützung erhoffen. Gerade für Menschen hier im Osten, für die der wirtschaftliche und gesellschaftliche Umbruch oft gravierende Einschnitte nicht nur im beruflichen, sondern auch im privaten Bereich mit sich brachte, sind Selbsthilfegruppen eine wichtige Stütze und eine Quelle, um wieder neuen Mut zu schöpfen.

Die politisch verantwortlichen Stellen reagieren auch auf diesen Bedarf, allerdings, wie ich meine, noch lange nicht ausreichend. Einer Zusammenstellung der nationalen Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen über die Selbsthilfeförderung auf Länderebene ist zu entnehmen, daß inzwischen alle Bundesländer für diesen Bereich Mittel bereitstellen. Eine systematische Kontaktstellenförderung gibt es in zwölf Ländern. Auch auf kommunaler Ebene wird Selbsthilfe mannigfach gefördert - allerdings auch hier noch weit unterhalb des eigentlichen Bedarfs.

Eine für mich besonders unverständliche Zurückhaltung sehe ich jedoch bei den Krankenkassen. Wir brauchen Ihren Beitrag, um das bestehende Netz der Selbsthilfekontaktstellen zu erhalten und, wo nötig, zu verstärken. Nutzen Sie die Möglichkeiten des § 20 SGB V, und stellen Sie auf freiwilliger Basis die erforderlichen Mittel für die Selbsthilfekontaktstellen als einen Ort innovativer Gesundheitsförderung zur Verfügung. Wie Sie wissen, drängt die Gesundheitsministerkonferenz der Länder bereits, ansonsten weitergehende gesetzliche Vorgaben zu machen. Ein konkreter, rasch umsetzungsfähiger Vorschlag zur Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen liegt

mit dem Ihnen bekannten, von meinem Ministerium in Auftrag gegebenen Prognos-Gutachten vor.

Wenn Land, Kommunen und Krankenkassen konstruktiv zusammenarbeiten, dann sind auch Lösungen möglich, die im Interesse aller Beteiligten liegen und niemanden zu stark belasten.

Ich hielte es für ein Versagen der Selbstverwaltung, wenn sie auf diesem wichtigen Gebiet, das zukünftig noch weiter an Bedeutung gewinnen wird, nicht selbständig handelte. Wegen der vielfältigen und umfangreichen Leistungen von Selbsthilfegruppen für die gesundheitliche Versorgung im Bereich der Gesundheitsförderung und der Rehabilitation sind die Krankenkassen aufgerufen, der Selbsthilfeförderung ein größeres Gewicht beizumessen. Unter dem Gesichtspunkt der Rehabilitation gilt dies auch für die sonstigen Rehabilitationsträger. Die Bundesregierung hat die Absicht, die hiermit zusammenhängenden Fragen bei der 3. Stufe der Gesundheitsreform erneut zu erörtern, mit dem Ziel einer weiteren Stärkung der Selbsthilfeförderung.

Ich denke, daß der Staat und die großen Organisationen in unserem Sozial- und Gesundheitswesen zur aktiven Unterstützung der Selbsthilfebestrebungen verpflichtet sind. Das entspricht dem Grundsatz der Subsidiarität, dem nicht nur die Bundesregierung große Bedeutung beimißt.

Der Staat hat die Pflicht, sich dem Ziel der Herstellung sozialer Gerechtigkeit intensiv zu widmen. Er hat dabei jedoch nach Möglichkeit den Weg der Subsidiarität zu beschreiten.

In diesem Sinne kann ich mir als kurzen und offensiven Nenner für die Forderung nach größtmöglicher Selbsthilfeförderung das Motto vorstellen: „Selbsthilfe vor Fremdhilfe“. Als handlungsleitendes Prinzip liegt es auf einer Ebene mit den bekannten Formeln „ambulant vor stationär“ und „Reha vor Rente“. Diese Prinzipien beinhalten alle keine Abkehr von der Verantwortung gegenüber den Problemen, sie machen vielmehr klar, in welcher Weise diese angegangen werden sollten, an welche Art von Maßnahmen zunächst zu denken ist und was in zweiter Linie bereitstehen muß. Es geht um die Reihenfolge der Hilfe - in unserem Fall eben an erster Stelle die Hilfe zur Selbsthilfe.

Bundeskanzler Helmut Kohl hat schon in der Regierungserklärung vom 18. März 1987 diese Haltung deutlich gemacht, indem er sagte: „Ein reißfestes soziales Netz des Staates bleibt unverzichtbar für die soziale Sicherheit; nicht weniger wichtig jedoch ist die mitmenschliche Solidarität. Deshalb sehen wir in der Hilfe zur Selbsthilfe die zentrale Aufgabe für den Staat.“

Der Bund kann jedoch aus verfassungsrechtlichen Gründen auf regionaler Ebene keine flächendeckenden Maßnahmen zur Selbsthilfeförderung ergreifen. Die Kompetenz zur Unterstützung der Selbsthilfegruppen und zur Bereitstellung einer

entsprechenden Infrastruktur, wie z.B. Selbsthilfekontaktstellen, haben Länder und Kommunen und auch die Krankenkassen. Das ist auch inhaltlich vernünftig. Denn nur die dem örtlichen Geschehen nahestehenden Instanzen können auf Dauer die lokalen Besonderheiten überblicken und zu sachgerechten Entscheidungen kommen.

Die Bundesregierung nutzt allerdings ihre Möglichkeiten, um zur Schaffung selbsthilfefreundlicher Rahmenbedingungen beizutragen. Dem dienen die in der Fachwelt inzwischen gut bekannten und geschätzten Modellprogramme im Bereich der Förderung von Selbsthilfegruppen. Sie haben bereits wichtige Impulse zum Aufbau einer Infrastruktur zur Selbsthilfeförderung gegeben, indem sie aufzeigen, wie Selbsthilfe konkret und nachhaltig vor Ort unterstützt werden kann. Wie das laufende Modellprogramm „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ bestätigt, ist die Einrichtung von Selbsthilfekontaktstellen eine optimale Hilfestellung für eine erfolgreiche Selbsthilfeförderung.

Was die von vielen erbetene und für notwendig gehaltene Verlängerung dieses Modellprogramms betrifft, so bin ich zuversichtlich, daß wir das Modell ein halbes Jahr länger, das heißt bis Ende 1996, erhalten können, wobei dies nur für die Kontaktstellen in Frage kommt, deren Arbeit dauerhaft weitergeführt wird. Wenn die haushaltsmäßigen Voraussetzungen endgültig erfüllt sind, werden wir die genauen Modalitäten mit den Betroffenen besprechen, und dazu gehört auch, daß ausreichend klar sein muß, wie die Arbeit in den einzelnen Standorten nach Ende des Modells fortgesetzt wird.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird sich auch zukünftig mit den ihm zugänglichen Mitteln der Förderung der Selbsthilfegruppen widmen. Ich denke, daß die Selbsthilfekontaktstellen - bei entsprechender Ausstattung - noch viele bisher unausgeschöpfte Möglichkeiten haben, zur weiteren Ausbreitung von Selbsthilfe beizutragen. Dazu gehören sicherlich gezielte Maßnahmen zur Kooperationsförderung zwischen Selbsthilfe und dem professionellen Bereich.

So könnte beispielsweise ein großes Potential für die Selbsthilfe in einer Vernetzung mit den etablierten Formen der Rehabilitation liegen. Die Erfahrung hat nämlich gezeigt, daß das im Verlauf einer Rehamaßnahme erworbene Wissen um notwendige Änderungen der Lebensführung und deren Einübung allzuhäufig im Alltag versandet. Wenn die alten Verhaltensweisen zurückkehren, kann die beste Rehabilitation keine andauernde Wirkung zeigen. Selbsthilfegruppen können den betroffenen Menschen die ansonsten oft fehlende soziale Unterstützung bieten, um gemeinsam die erforderliche Lebensveränderung einzuüben und das Verhalten zu stabilisieren.

Wir wollen noch während des laufenden Selbsthilfemodellprogramms anhand einer kleinen Pilotstudie, an der auch Erfurt beteiligt ist, feststellen, ob Selbsthilfekontaktstellen hierbei eine initiierende und koordinierende Funktion

übernehmen können. Das für die Rehabilitation zuständige Bundesarbeitsministerium steht dieser Idee aufgeschlossen gegenüber.

Die zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in meinem Ministerium werden die Dinge im Auge behalten und prüfen, ob es sinnvoll und geboten ist, die Möglichkeiten der Kontaktstellen zur stärkeren Vernetzung von Selbsthilfe mit dem professionellen Bereich an diesem Beispiel zu erproben.

Wir wissen inzwischen, wie Selbsthilfe gefördert werden kann. Ich denke, das wird auf unserer Tagung heute und morgen auch im Detail deutlich werden. Damit kennen wir einen Weg, um soziales Engagement zu erschließen, das auf herkömmliche Weise oft nicht aktivierbar ist. Selbsthilfegruppen knüpfen an der Betroffenheit, am eigenen Interesse jedes einzelnen an. Sie lassen die Gruppenmitglieder unmittelbar die Notwendigkeit und die Vorteile von Gemeinschaft erleben. In einer Zeit, da viele Menschen - wie uns die Werteforschung zeigt - nicht mehr nach reinem Pflichtbewußtsein handeln, sondern es bewußter, individueller Entscheidungen zum sozialen Engagement bedarf, sind Selbsthilfegruppen sozusagen ein Vehikel hin zum Gemeinsinn.

Die Losung „Hilfe zur Selbsthilfe“ kann und muß umgesetzt werden. Viele Instrumente sind bereits erprobt. Vorschläge zur sachgerechten Finanzierung liegen vor. Möge diese Tagung helfen, den Stellenwert von Selbsthilfe für unseren Sozialstaat deutlich zu machen, die Förderungsbereitschaft zu erhöhen und systematische Selbsthilfeförderung mehr und mehr zur selbstverständlichen Praxis werden zu lassen.

4. Selbsthilfe und soziales Engagement in Deutschland - die gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe

Die demokratische Funktion der Selbsthilfe im Sozialstaat

Entgegen allen Unkenrufen und pessimistischen Prognosen sind Selbsthilfe und soziales Engagement in Deutschland weit verbreitet und keineswegs im Schwinden begriffen. Die generelle Frage nach der gesellschaftlichen Bedeutung der Selbsthilfe bedarf daher einer Eingrenzung, um sie mit anschaulichen Argumenten beantworten zu können. Im Folgenden beschränke ich mich auf das Gesundheits- und Sozialwesen. Diese Eingrenzung erfolgt nicht allein mit Rücksicht auf die Tatsache, daß bei den gesundheitlichen und sozialen Selbsthilfegruppen der Schwerpunkt in der Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen liegt, sondern aus drei weiteren Gründen, die für die gesellschaftliche Einschätzung der Selbsthilfeunterstützung wegweisend sind.

1. Gesundheitliche und soziale Dienstleistungen sind ein wirtschaftlicher Wachstumsbereich. Er wird in einem großen und immer noch wachsenden Umfang mit öffentlichen Mitteln gefördert. Von den 172 Mrd. DM, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1993 insgesamt für Leistungen ausgegeben wurden, entfielen schätzungsweise 100 Mrd. DM auf persönliche Dienstleistungen. Die stolze Milliardenrechnung der solidarisch finanzierten Gesetzlichen Krankenversicherung verschweigt allerdings den Beitrag der Selbsthilfe (Sachverständigenrat Jahresgutachten 1994).

International vergleichbare Forschungsergebnisse zeigen übereinstimmend, wie stark der Einfluß der Selbsthilfe auf das Ergebnis der Gesundheitsproduktion ist. Selbsthilfe und soziales Engagement geraten allerdings hier in die gleiche Situation wie die professionellen, öffentlich geförderten Dienstleistungen, daß der Bedarf dem Angebot vorauseilt. Es tun sich immer weitere Arbeitsfelder auf, für die professionelle Arbeit und soziales Engagement gefragt sind. Engagementförderung entwickelt sich zu einer wichtigen Aufgabe im öffentlichen Interesse.

2. Öffentlich finanzierte gesundheitliche und soziale Dienstleistungen dienen dem sozialen Ausgleich; sie wollen nicht zuletzt auch gesellschaftlicher Benachteiligung, gleich worauf sie beruht, entgegenwirken. Die Entwicklung der Bundesrepublik zu einer der reichsten Industrienationen der Welt, zu einer „Wohlstandsgesellschaft“, hat uns gelehrt, daß soziale Benachteiligung nicht allein eine Frage der Einkommensverteilung oder der Einkommenssicherung ist. Ausgrenzung und soziale Isolation infolge von

Krankheit, Behinderung und Lebenskrisen, aber auch infolge von Arbeitslosigkeit haben eine große und gewinnen leider eine zunehmende Bedeutung. Gesellschaftlicher Benachteiligung entgegenzuwirken und Soziale Teilhabe zu ermöglichen kann daher nicht allein eine Aufgabe der staatlichen Sozial- und Gesundheitspolitik sein, sondern hier ist auch das soziale Engagement der Bürger und Bürgerinnen gefordert. Daher ist es wichtig, daß die staatliche Sozial- und Gesundheitspolitik Rahmenbedingungen für das Engagement der BürgerInnen schafft und es mit geeigneten Mitteln unterstützt.

3. Öffentliche Daseinsfürsorge im Gesundheits- und Sozialwesen greift in die private Lebensgestaltung ein, ja sie berührt die Intimsphäre, wie Schutzvorschriften, das Arztgeheimnis und das Sozialgeheimnis, unmißverständlich anzeigen. Der Schutz, den die Soziale Sicherung gewährt, kann - wie die Erfahrung lehrt - auch zur behördlichen Bevormundung, zu Passivierung und Überbetreuung gerade in den Bereichen der Lebensführung werden, in denen die Freiheit zur Selbstgestaltung einen hohen, ja unverzichtbaren Wert darstellt.

Selbsthilfe und sozialem Engagement fällt daher die wichtige demokratische Funktion zu, dafür zu sorgen, daß die Leistungen des Sozialstaates sich an den Bedürfnissen der Bürger orientieren. Wenn beispielsweise derzeit nachdrücklich eingefordert wird, gesundheitliche Leistungen sollten sich an den „Ergebnissen“ orientieren, soziale Leistungen sollten sich auf die Hilfe zur Selbsthilfe konzentrieren, so lassen diese Forderungen einerseits aufhorchen, weil man dies für selbstverständlich gehalten hatte. Anderseits wird daran aber ein selten ausgesprochenes Defizit deutlich. Beide Forderungen setzen die Sprachfähigkeit, die Artikulationsfähigkeit der Bürger voraus, öffentlich zu sagen, was aus ihrer Sicht „Ergebnisse“ der Gesundheitsproduktion sind und wie aus ihrer Sicht öffentliche Hilfen die Selbsthilfe fördern und unterstützen können.

Die Ziele: Selbstveränderung und Sozialveränderung

Die Selbsthilfebewegung und ihre Sprecher haben die ihnen zufallende öffentliche Funktion von Beginn an erkannt und zum Ausdruck gebracht. Sie haben die Ziele der Selbsthilfe nach zwei Richtungen hin ausgelegt (vgl. Alf Trojan in: Forschungsverbund Laienpotential 1987, S. 79 ff):

- **Selbstveränderung:** Selbstmanagement, Stärkung der Kompetenz, Selbsterfahrung - 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 rechnen hierzu die psychosozialen Gesprächsgruppen oder „binnenorientierte Selbsthilfegruppen“ (ISAB), die nach dem Grundsatz verfahren : „Für sich selbst gemeinsam mit anderen sich engagieren“ (Tews, Hans Peter 1995).

- **Sozialveränderung:** Versorgungsstrukturen mitgestalten, Partizipation ausüben, Maßstäbe setzen, gesellschaftliche Verhältnisse ändern, Bewußtsein für menschenunwürdige Zustände, für selbstzerstörerische Prozesse schaffen - also Arbeit an und in der Gesellschaft gemeinsam mit anderen zur Verwirklichung sozialer Ziele. Beispielgebend für diese Dimension der Selbsthilfe sind Gesundheitsselbsthilfegruppen, die Einfluß auf die Versorgungsstrukturen nehmen, wie die Eltern krebskranker oder nierenkranker Kinder oder die Diabetiker, aber auch Initiativen für psychisch Kranke, Wohungslose und Arbeitslose. Selbsthilfe nimmt die Funktionen der Konsumentenvertretung im Gesundheits- und Sozialwesen entsprechend dem Grundsatz wahr: „Gemeinsam mit anderen sich für sich selbst und für andere engagieren“.

Beide Zieldimensionen, die Verwirklichung persönlicher Werte und die Mitarbeit an der 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 erteilen und staatliche Planung einfordern
- Engagement statt entgeltlicher oder beruflicher Arbeit
- selbstgewählte Arbeits- und Gruppenbeziehungen statt Fremdorganisation
- selbstgewählte Ziele statt ideologischer Bevormundung
- kritische und - nicht zu vergessen - selbstkritische Haltung gegenüber Tradition, hinterfragen, anstatt dem Einmaleins der Bürokratie das Feld zu überlassen: „das haben wir immer so gemacht“, „da könnte ja jeder kommen“ und „wo kämen wir denn da hin“
- Gemeinwesenorientierung und ganzheitlicher Ansatz der Hilfe statt arbeitsteiliger Spezialisierung und Zuständigkeitsverteilung

Eine demokratische Gesellschaft ist sich dieses inneren Zusammenhangs, in dem öffentliche Daseinsfürsorge und bürgerschaftliches Engagement zueinander stehen, in besonderer Weise bewußt. Die gesellschaftspolitisch begründete Ausweitung öffentlicher Daseinsvorsorge - sie ist das Kennzeichen der entwickelten Industrie- und

Dienstleistungsgesellschaften - bedarf des Gegengewichts in dem freiwilligen sozialen Engagement der Bürger und Bürgerinnen, um einem Abgleiten in behördliche Bevormundung und totale Betreuung entgegenzuwirken.

Fördermaßnahmen des BMFSF

Es ist daher folgerichtig gedacht, wenn das Bundesministerium für Familie und Senioren oder mit seinem neuen Namen für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in den vergangenen Jahren eine Reihe von Förderprogrammen aufgelegt hatte, um das „freiwillige Engagement" zu aktivieren und zu unterstützen. Neben der Förderung der Selbsthilfe in den alten und neuen Bundesländern möchte ich die „Modellmaßnahme zur Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen" (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen 1995) und die Einrichtung von Seniorenbüros nennen. In der Unterschiedlichkeit der Bezeichnungen „Selbsthilfe", „ehrenamtliche Tätigkeit", „Büro" wird neben bürokratischem Ordnungsdenken zweierlei deutlich:

1. Die **Zielgruppenorientierung -** sie ergibt sich aus der Unterschiedlichkeit der öffentlichen Leistungen, die um das freiwillige soziale Engagement in der Bevölkerung werben: gesundheitliche und soziale Leistungen, Betreuung nach dem Betreuungsgesetz, Altenhilfe. Ich halte dieses Prinzip, differenzierte, aber klare Zielvorstellungen für eine wirksame Engagementförderung zu formulieren, für unverzichtbar. Seine abschreckende Konsequenz - jede gesundheitliche und soziale Dienstleistungsproduktion schafft sich sozusagen ihre eigene Selbsthilfeszene, um sie zu fördern - verliert ohnehin an Gewicht, wenn wir uns vergegenwärtigen, daß Selbsthilfeunterstützung, gleich wo und wie sie praktiziert wird, stets in der Kommune verankert bleibt (vgl. Ferber, Chr. von/ Braun, J. 1995). Die Vernetzung der verschiedenen Selbsthilfeszenen und ihrer Unterstützer fällt in die Koordinations- und Regiekompetenz der Kommunen. In diese Richtung sollten wir allerdings zukünftige Überlegungen stärker lenken als bisher.

2. Die Unsicherheit, eine symbolträchtige, an gängige und allgemeinverständliche Deutungen anknüpfende Bezeichnung zu finden, unter denen Bürger und Bürgerinnen ihr Engagement jeweils verstehen und motivieren. Aufgrund dieser Unsicherheit werden Sozialwissenschaftler sich auch weiterhin damit beschäftigen können, die Eigenheiten, Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Ehrenamt, Selbsthilfe, „Büro" und „Genossenschaften", von gesundheitlicher und sozialer Selbsthilfe, von ehrenamtlicher Arbeit und neuer Selbsthilfe in Merkmalskataloge zu gießen. Sie sollten dabei allerdings die wissenschaftliche Orientierungsfunktion nicht mit der geforderten

lebenspraktischen Leitfunktion verwechseln, der Selbstveränderung und der Sozialveränderung Wege zu bahnen.

Für die Kernfrage unseres Themas: „Worin spiegelt sich der gesellschaftliche Nutzen der Selbsthilfe und ihrer Förderung?“ ergibt sich aus diesen Bemerkungen dreierlei:

1. Freiwilliges soziales Engagement ist ein unverzichtbares Element in einer demokratischen Gesellschaft, die die Lebenslage ihrer Bürger und Bürgerinnen in einem wachsenden Umfang über öffentliche Leistungen sichert, beeinflußt, ja auch gestaltet.

2. Freiwilliges soziales Engagement bedarf der Förderung, um öffentliche Daseinssicherung demokratisch zu verfassen und diese nicht in bürokratische Bevormundung abgleiten zu lassen. Wer „Ergebnisorientierung“ professioneller Leistungen, wer „Hilfe zur Selbsthilfe“ will, kann sich der Selbsthilfeunterstützung und der Förderung der ehrenamtlichen Arbeit nicht entziehen.

3. Die Förderung des freiwilligen sozialen Engagements muß für beide Ziele der Selbsthilfe offen sein: für die Selbstveränderung ebenso wie für die Sozialveränderung. Engagementförderung muß sich in der Darstellung ihrer Ziele - oder sagen wir es mit einem Ausdruck der Soziologie: in ihren Deutungsmustern - dem Selbstverständnis der Bevölkerung anpassen, will sie neben der Schaffung von materiellen und organisatorischen Rahmenbedingungen auch motivierend und sinnstiftend wirksam werden.

Die genannten Ziele der Selbsthilfe finden allerdings eine unterschiedliche Akzeptanz. Selbstveränderung und Selbstmanagement - wer wollte das nicht unterstützen? Wen könnte das beunruhigen oder gar stören? Es verträgt sich doch gut mit Eigenverantwortung.

Partizipation, Konsumentenvertretung im Gesundheitswesen, Demokratisierung des Sozialstaates rufen schon eher Beunruhigung hervor, gefährden Alleinvertretungsansprüche, bleiben allerdings ungefährlich, solange die Organisationsmacht in „bewährten Händen“ bleibt.

Sozialveränderung provoziert schon in der Wortwahl Mißtrauen, ja Ablehnung und ruft Besorgnis hervor. Daher erscheint an dieser Stelle eine Klarstellung geboten. Um die unverzichtbare Funktion von Selbsthilfe und ehrenamtlicher Tätigkeit überzeugend

sichtbar zu machen und ihr zur öffentlichen Anerkennung zu verhelfen, bedarf es aufgrund vorliegender, in allen vergleichbaren Ländern gemachter Erfahrungen zweierlei:

- eines **Perspektivenwandels in der Bewertung der öffentlich finanzierten professionellen Leistungen**, von deren Wirksamkeit und Bedarfsgerechtigkeit die Qualität unserer Lebenshaltung in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht tatsächlich abhängt, und
- einer geduldigen und nüchternen **Erforschung des Lebensalltags, in dem Selbsthilfe und ehrenamtliche Tätigkeit wirksam werden** (vgl. Forschungsverbund Laienpotential 1987 u. Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. 4. Aufl. 1995).

Selbsthilfe - das kritische Gegenüber der „Profis“

Was ist mit dem Perspektivenwandel in der Bewertung öffentlicher Leistungen gemeint? In ihm kommt exemplarisch zum Ausdruck, was mit Sozialveränderung gemeint, allerdings in breiter Front bereits unterwegs ist.

Es rechnet zu den Selbstverständlichkeiten, daß unsere öffentlichen Dienstleistungen ihre Qualität der Fachlichkeit, der beruflichen Spezialisierung und - vergessen wir das nicht - der gesicherten Existenz der Dienstleistenden verdanken. Die herausgehobene Stellung von Berufen wie Ärzten, Krankenschwestern und -pflegern, Sozialpädagogen und Sozialarbeitern, aber auch von Verwaltungsberufen im Gesundheits- und Sozialwesen dient der Qualitätssicherung, der Auslese und Motivation zugleich. In dem ständigen Bemühen, über Aus-, Fort- und Weiterbildung der Dienstleistenden sowie über die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen die Qualität der Dienstleistungen zu erhalten und nach Möglichkeit zu verbessern, haben wir allerdings über lange Zeit daran vorbeigesehen, daß das tatsächliche Ergebnis der Dienstleistungen in mehrfacher Hinsicht ganz wesentlich von dem Empfänger dieser Dienstleistungen abhängt. Ob er z.B. versteht, worum es geht, was von ihm erwartet wird, ob er motiviert wird, sich selber einzubringen, ob er seine eigenen Vorstellungen und Ziele zur Geltung bringen kann, ob er für die Aspekte, die in seine Kompetenz fallen, die Verantwortung beansprucht und übernimmt, ob sie ihm überhaupt zugestanden wird, ob die Klienten der Dienstleistungen eine kritische Instanz für die Beurteilung der Qualität öffentlich finanzierter Dienstleistungen werden. Fragen, auf die die Qualitätsforschung zunehmend Antworten einfordert.

Der Perspektivenwandel oder - sagen wir es genauer - die Sozialveränderung in der Beurteilung des gesellschaftlichen Nutzens öffentlich finanzierter professioneller Dienstleistungen hat sich während der vergangenen zwei Jahrzehnte unter verschiedenen Leitbildern vollzogen. Diese Leitbilder oder Deutungsmuster bezeichnen einerseits kritisch die Grenzen der Professionalität; ich erinnere in diesem Zusammenhang an Orientierungsmuster wie „Expertendominanz", „Übermedikalisierung", „erlernte Hilflosigkeit der Helfer", „anders Helfen". Anderseits versuchen diese Deutungsmuster die wesentliche, aber bisher zu wenig beachtete Rolle der Klienten herauszuarbeiten. Beispiele hierfür sind Programmtitel wie „Laienpotential, Patientenaktivierung und gesundheitliche Selbsthilfe", „Selbsthilfeförderung als Investition in die soziale Infrastruktur", „Förderung der ehrenamtlichen Arbeit im Betreuungswesen", „Selbstbestimmt leben".

Beide Deutungsmuster heben den Perspektivenwandel ins Bewußtsein, an dem die gegenseitige Ergänzung, ja das Aufeinanderangewiesensein von professionellen Dienstleistungen und Selbsthilfe sichtbar wird. Diese bewußtseinsbildende Funktion gilt es auch in Zukunft durchzuhalten und auf konkrete Situationen bezogen zu verdeutlichen. Denn die Orientierungsmuster dieser Sozialveränderung verbrauchen sich mit dem Schwinden ihres Neuigkeitseffekts, mit dem Aufbrauchen des von ihnen erzeugten „Aha-Effektes". Sie büßen ihre Wirksamkeit ein, wenn sie nicht ständig durch Ergebnisse der systematischen Beobachtung und Bewertung der Selbsthilfe und der ehrenamtlichen Arbeit handfeste Argumente zugespielt erhalten.

Die Vergewisserung über den gesellschaftlichen Nutzen einer Aktivierung des Laienpotentials ist daher für die Qualitätsforschung im Gesundheits- und Sozialwesen eine ebenso wichtige, ja unentbehrliche Aufgabe wie die Erforschung von Effektivität und Effizienz der professionellen Dienstleistungen. Sie dient dazu, das demokratische Potential im Sozialstaat gegenüber der Selbstdarstellung der Leistungsanbieter und der Sozialbürokratien im öffentlichen Bewußtsein präsent zu halten, die Kunden- und Konsumentenorientierung einzufordern. Sie dient aber auch dazu, der Selbsthilfeförderung Orientierungshilfen zu geben, wie und auf welchen Gebieten die Mittel wirksam eingesetzt werden können. Wir sollten uns stets bewußt bleiben, daß die Selbsthilfeförderung wegen ihrer unverzichtbaren Zielgruppenorientierung stets nur Ausschnitte aus der Selbsthilfe sieht und erfassen kann.

Was wissen wir auf dem heutigen Stand der Erkenntnisse über den gesellschaftlichen Nutzen des freiwilligen sozialen Engagements?

Um in der hier gebotenen Kürze einen Überblick zu geben, werde ich die folgenden Dimensionen gesellschaftlichen Nutzens unterscheiden, für die gesicherte Forschungsergebnisse vorliegen.

Die Stärkung der Kompetenz in der Bewältigung von Lebenskrisen. Ich spreche hier von „Lebenskrisen" als einem Kernbereich der Selbsthilfe, der die persönliche Betroffenheit von Ereignissen wie Krankheit, Behinderung, nachlassende Fähigkeiten zur Selbstbehauptung, Arbeitslosigkeit, Partnerverlust oder persönliche Schuld zum Ausdruck bringt. Neben der Aktivierung von praktischen Hilfen in diesen Situationen geht es um die Bewältigung von Krisen der Selbstachtung, des Selbstwertgefühls, der veränderten Zukunftsperspektive, der sozialen Geborgenheit, der persönlichen sozialen Sicherheit und um die gesellschaftliche Teilhabe (Mueller 1980).

Über die Hilfe in akuten Problemsituationen hinaus liegt der gesellschaftliche Nutzen in der vorbeugend schützenden Wirkung von persönlicher Kompetenz (Badura 1981). Dies ist z.B. einer der Gründe dafür, daß die WHO dieses Ziel zum Leitgedanken der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung gemacht hat.

Die Erschließung von neuen Hilfepotentialen durch die Entwicklung und Stärkung von informellen Netzen, in der Beratung und Unterstützung von Gruppen und im Zusammenschluß zu Organisationen. In der Erforschung der Folgen von chronischer Krankheit und Behinderung - und auf diesem Gebiet haben wir während der vergangenen zwei Jahrzehnte auch international gesehen einen hohen Stand erreicht (Badura 1981) - kommt der Entdeckung der helfenden, unterstützenden, das Selbstwertgefühl Betroffener stabilisierenden Rolle zwischenmenschlicher Beziehungen eine ganz entscheidende Bedeutung zu. Anders als in der Biomedizin, die sich bekanntlich sehr gut öffentlich darzustellen weiß, gehen wir in den Sozialwissenschaften zurückhaltend mit der Beurteilung „innovativ" um. Die Forschungen zur psychosozialen Unterstützung, zum social support, haben uns zweifelsohne eine neue Dimension für die Organisation der Hilfen und für den Beitrag der Selbsthilfe eröffnet.

Die Ergänzung professioneller Dienstleistungen und damit die Erhöhung ihrer Wirksamkeit. Professionelle Dienstleistungen und Selbsthilfe können einander nur in engen Grenzen ersetzen; sie sind aber aufeinander angewiesen und ergänzen sich.

Dieses Ergebnis der Selbsthilfeforschung hat einerseits dazu beigetragen, Mißverständnisse auszuräumen - etwa von der Art, Förderung der Selbsthilfe und der ehrenamtlichen Arbeit sparte Arbeitsplätze für Gesundheits- und Sozialberufe ein, verringerte Beschäftigung in der Sozialen Arbeit, verminderte die Qualität der Versorgung etc.-, zum andern aber hat diese Erkenntnis gerade den eigenständigen Wert der Selbsthilfe herausgehoben. Wenn heute nach großen anfänglichen Widerständen Ärzte sich um eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen aktiv bemühen, wenn in der Sozialarbeit entgegen massiven Vorurteilen das Prinzip anerkannt wird, daß die Begleitung und Unterstützung ehrenamtlicher Arbeit eine selbstverständliche Aufgabe professioneller Arbeit ist, dann wird daran eine tiefgreifende Veränderung im Verhältnis professioneller Leistungen und Selbsthilfe sichtbar. Es wäre zu wünschen, ja eigentlich an der Zeit, daß dieser Wandel im Verhältnis der Professionen zur Selbsthilfe und zur ehrenamtlichen Arbeit auch zur Grundlage der Förderpolitik wird.

Die Verbesserung der Qualität professioneller Dienstleistungen, indem sie durch das kritische Gegenüber von Selbsthilfegruppen und -organisationen ergebnisorientierter und bedürfnisgerechter werden. Qualität stellt sich nicht länger nur als die Einhaltung professioneller Standards dar, sondern wird als die Optimierung von Erwartungen der Patienten und Klienten einerseits und von Expertenmeinungen anderseits bestimmt. Die Diskussion über die Qualität der Versorgung wird um die Dimension der Patienten- und Klientenerwartungen bereichert. In dieser Aufgabe sind die Selbsthilfeunterstützung und die Selbsthilfeforschung - wenn ich recht sehe - ihren Beitrag weitgehend schuldig geblieben, während Selbsthilfegruppen und -organisationen des Feldes schrittweise und durchaus mit Erfolg erschließen.

Der **volkswirtschaftliche Nutzen**, der mit einem nicht primär marktwirtschaftlich und monetär motivierten, sondern auf soziokultureller Grundlage sich entwickelnden Leistungsaustausch verbunden ist. Arbeitsleistungen, die nicht erwerbswirtschaftlich motiviert sind und nicht marktwirtschaftlich verrechnet werden, für unsere volkswirtschaftliche Gesamtrechnung zu bewerten, fällt bekanntlich schwer. Die Notwendigkeit, hauswirtschaftliche Arbeit von Frauen in privaten Haftpflichtprozessen zu bewerten, zusammen mit dem öffentlichen Selbstbewußtsein der Frauen, hat dazu geführt, die hauswirtschaftliche Arbeit in Arbeitsstunden zu schätzen und volkswirtschaftlich zu bewerten. Inzwischen gibt es Versuche, ähnliche Berechnungen für die Selbsthilfe und für die ehrenamtliche Arbeit durchzuführen. Sicher führt dies zu einem vertieften Verständnis dafür, von welchen menschlichen Arbeitsleistungen unsere Lebenshaltung, ja unsere Wohlfahrt abhängen. Auch wäre es im Gegenzuge

sinnvoll, die immateriellen Wirkungen unserer Erwerbsarbeit zu beschreiben und zu bewerten, z.B. die menschliche Tragödie von über 3 Millionen Arbeitsuchenden, die keine Arbeit finden. Allerdings sollte man sich der Grenzen solcher Berechnungen stets bewußt bleiben.
Für die Erreichung der Ziele, auf die Gesundheits- und Sozialpolitik ausgerichtet ist, gilt es, die Gesundheit zu erhalten, zu sichern und zu fördern, menschenwürdige Lebensbedingungen für alle Bürger und Bürgerinnen zu gewährleisten und gesellschaftlicher Ausgrenzung und Isolation, auf welchen Gebieten sie uns auch immer begegnet, wirksam entgegenzutreten, ist letztendlich die Beantwortung der Frage entscheidend: Wie zuverlässig können wir auf die Dienstleistungen jetzt und in Zukunft zählen, gleich ob sie über Einkommen und Sozialprestige oder über informelle Netze zwischenmenschlicher Beziehungen oder über die freiwillige Selbstverpflichtung der Bürger und Bürgerinnen motiviert werden. Auf das freiwillige soziale Engagement angewiesen zu sein scheint riskanter zu sein - allerdings wird dabei selten bedacht, daß für gesichertes Einkommen und Sozialen Rang auch nicht alles und nicht immer die erwartete Qualität zu haben ist. Wenn, wie wir gesehen haben, Selbsthilfe und ehrenamtliches Engagement unverzichtbar, ja unersetzlich sind, sollten wir alles daran setzen, Garantien, und das heißt konkret Rahmenbedingungen, ja das heißt fördernde Voraussetzungen, für das freiwillige soziale Engagement zu schaffen.

Literaturhinweise

Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen in Düsseldorf (1995): Modellmaßnahmen zur Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen. Abschlußbericht 1991 - 1995. Düsseldorf.

Badura, Bernhard (1981) (Hg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt/ Main.

Ferber, Christian und Braun, Joachim: Kommunale Krise und die Gestaltung der Sozial- und Gesundheitsdienste. In: Kreyher, Volker J./Böhret, Carl (1995) (Hg.): Gesellschaft im Übergang. Baden-Baden, S. 133 - 146.

Forschungsverbund Laienpotential (1987) (Hg.): Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienste. Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Heidelberg.

Mueller, D. P. (1980): Social networks : A promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. In: Social Science and Medicine. Vol. 14 A 1980, p. 147 - 161.

Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen (1995): ISAB Institut, Joachim Braun (Hg.). Ulrich Kettler (Red. Bearb.). 4. Aufl. Leipzig/ Köln.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Sachstandsbericht 1994. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Baden-Baden.

Tews, Hans Peter (1995): Zielgruppe ältere Menschen und bürgerschaftliches Engagement. In: Die Bürgerbüros. Zwischenbericht der Initiative 3. Lebensalter. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hg.). Stuttgart, März 1995, S. 49 ff.

5. Praxisberichte von Selbsthilfegruppen

5.1 Selbsthilfegruppe Morbus Crohn

Sehr geehrte Damen und Herren, ich freue mich, daß ich die Möglichkeit habe, unsere kleine Selbsthilfegruppe vorstellen zu können. Mein Name ist Hannelore Hammermüller, ich bin die Kontaktperson für unsere Gruppe Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa aus Erfurt. Gestatten Sie mir eine kurze Erklärung über dieses Krankheitsbild, damit Sie die Problematik dieser chronischen Krankheit verstehen, ehe ich zu unserer persönlichen Gestaltung der Selbsthilfegruppe komme. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind chronisch entzündliche Darmerkrankungen. In Deutschland gibt es ungefähr 300.000 Betroffene. Morbus Crohn ist die Entzündung im Dünndarm, kann aber auch den gesamten Verdauungstrakt befallen. Colitis ulcerosa ist die Entzündung des Dickdarms mit Geschwürbildung. Trotz großer Anstrengungen der Ärzte und der Wissenschaft ist es bis heute nicht gelungen, die Ursache chronisch entzündlicher Darmerkrankungen aufzuklären. Mit der Diagnose „Unheilbar krank“ leben zu müssen erfordert von den Betroffenen sowie den Angehörigen viel Kraft. Alltagsschwierigkeiten wie Durchfälle bis zu 10- oder 20mal am Tag und daraus resultierende Müdigkeit, Verengungen im Darm, Schmerzen in den Gelenken, Fisteln und Abszesse oder das Anlegen eines künstlichen Darmausganges führen oft zu einem sogenannten Dreiecksleben: Klo, Sofa, Bett. Nebenwirkungen von Medikamenten wie z.B. Cortisonpräparaten behindern zusätzlich. Da diese Krankheit in unvorhersehbaren Schüben auftritt, werden wir vom Rhythmus unserer Krankheit beherrscht. Die Gefahr, sich dem gesellschaftlichen Leben - Theater-, Kino- oder Konzertbesuche - zu entziehen, ist sehr groß. Unter diesen ungünstigen Voraussetzungen gab es ein paar Unermüdliche, die das Gespräch mit Betroffenen suchten. Da sich ab 1990 viele Erkrankte im Krankenhaus oder zu den ambulanten Sprechstunden im Klinikum Erfurt trafen, gab es erste Impulse, eine örtliche Selbsthilfegruppe zu gründen.

Wir kamen erstmals mit der landesweiten Selbsthilfevereinigung DCCV Leverkusen in Berührung und erfuhren über deren Initiativen. Aber für uns war vorerst diese Vereinigung sehr weit entfernt. Inzwischen arbeiten wir mit der Landesbeauftragten sehr gut zusammen. Für uns war die Anregung über eine Zeitungsannonce der Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen KISS im Gesundheitsamt Erfurt ausschlaggebend für informative Gespräche. Frau Dr. Zacharias und Frau Junge brachten uns auf den richtigen Weg.

Im November 1992 war es soweit. Wir trafen uns zum ersten Mal. Anlaß war damals noch das Klinikum Erfurt. Bald gab es aber Schwierigkeiten, weil der Kreis der Betroffenen sehr groß war. Bis zu 30 Selbsterkrankte oder Eltern betroffener Kinder erwarteten Hilfe und Information. Unsere Möglichkeiten waren vollends ausgeschöpft, und einige wandten sich sogar von der Gruppe ab. Zu diesem Zeitpunkt waren wir in bezug auf Selbsthilfe noch überfordert. Wir wußten selbst nicht genau, wie wir das Leben in und mit einer Selbsthilfegruppe gestalten sollten. Wir erkannten, daß Informationen über die Erkrankung wichtig sind, daß aber das Gespräch über die Befindlichkeit des einzelnen Betroffenen noch wichtiger ist.

Nach den ersten zwei oder drei Treffen stand uns der Raum im Klinikum Erfurt nicht mehr zur Verfügung. Aus wirtschaftlichen Gründen sollten wir Miete für diesen Raum zahlen. Für unsere weiteren Treffen wurde uns von der KISS Erfurt ein Raum zur Verfügung gestellt. Ein sogenannter harter Kern von 14 Betroffenen traf sich nun in 4-wöchigen Abständen zu Gesprächen, Bastelnachmittagen, Wanderungen, Theaterbesuchen und kleineren Feiern. Besuche im Krankenhaus und Hilfe untereinander wurden organisiert.

Heute können wir sagen, daß die Selbsthilfegruppe jedem einzelnen viel gegeben hat, denn durch jahrelange Schmerzen waren viele von uns fast am Ende ihrer physischen und psychischen Kraft angelangt. Diagnose und Therapien werden von den Ärzten festgelegt, aber die Gespräche während der Sprechstunden waren für viele nicht ausreichend. Die Selbsthilfegruppe wurde der Anlaufpunkt. Viele meistern die mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung verbundenen Probleme ohne Hilfe von außen. Andere profitieren von den Selbsthilfegruppen. Hier erfahren sie Unterstützung, und der Zusammenhalt innerhalb der Gruppe stärkt ihr Selbstwertgefühl.

Aufgrund meiner Erkrankung, Morbus Crohn, mußte ich die Arbeit aufgeben. Für mich brach damals eine Welt zusammen. Die Gruppe gab mir Halt und unterstützte mich, wieder zu mir selbst zu finden. Die selbstgewählte Isolierung wurde Schritt für Schritt überwunden. Die Gruppe half mir, und ich konnte als älteste Betroffene meine Erfahrungen mit dieser Krankheit einbringen.

Auch das Reisen stellt sich mit dieser Krankheit als sehr schwierig dar. Durch den Mut einzelner Betroffener, die es wagten, auch einmal in das Ausland zu fahren, wurden andere angeregt, es selbst zu probieren. Durch die Selbsthilfegruppe wurde ihnen ein Stück Lebensqualität wiedergegeben, und sie konnten lernen, mit schwierigen Situationen besser fertig zu werden.

Erhebliche Schwierigkeiten gibt es bei dem Abschluß einer Auslandskrankenversicherung. Vorerkrankungen werden nicht oder nur selten versichert. Natürlich fährt man nicht im akuten Schub. Aber in Phasen des Wohlbefindens ist man durchaus in der Lage, auch einmal in Urlaub zu fahren. Diese Problematik können wir in unserer Selbsthilfegruppe selber nicht lösen und müssen verstärkt Rat und Hilfe anderer Institutionen in Anspruch nehmen.

Große Unterstützung erfahren wir von der Kontaktstelle KISS Erfurt. Veranstaltungsreihen wie Informationen, Treffen der Kontaktpersonen und vieles mehr geben uns Hilfestellung in der Bewältigung unserer Tätigkeit. Fördermittel sind für uns sehr wichtig, um auch Referenten einladen oder selbst Weiterbildungs- und kulturelle Veranstaltungen besuchen zu können. Wir sind der Meinung, daß für unsere Gruppe der soziale Nutzen im Vordergrund steht. Betroffene werden in der Selbsthilfegruppe mit all ihren Schwierigkeiten bedingungslos angenommen. Alle Mitglieder bringen sich ein und profitieren von der Gruppe. Eine Mitbetroffene unserer Gruppe formulierte dies mit den Worten: Hier erfahre ich kein Mitleid, sondern Mitgefühl.

Waltraud Horn, Suhl

5.2 Selbsthilfegruppe Angehöriger Parkinsonerkrankter

Ich möchte Ihnen zu Anfang meine Praxisberichtes ebenfalls ganz kurz die Besonderheit dieser Erkrankung schildern. Aber nicht mit meinen Worten, sondern mit den Worten eines Betroffenen. Parkinson mit „off“ und „on“. „Mal bin ich ‘off’, mal bin ich ‘on’. Das ist mein Morbus Parkinson. Ich springe froh zur Tür hinaus und komme wie ein Greis nach Haus. Die Leute können es nicht verstehen. Ich auch nicht, muß ich eingestehen. Sitz ich stocksteif auf einer Bank, raunen die anderen, der ist krank. Ihr Blick ist mitleidsvoll gesenkt und woanders hingelenkt. Doch plötzlich sehen sie ein Wunder, ich renne los wie ein Gesunder. Bestimmt schauen sie verdutzt jetzt drein und denken sich, das darf nicht sein. Gern würde ich die Blicke sehen und wie die Münder offen stehen. Doch besser ist, ich halt nicht an, lauf lieber zu, solang’ ich kann. Vielleicht schon an der nächsten Ecke bin ich am Ende meiner Strecke und stehe da wie angewurzelt, nachdem ich beinah hingepurzelt. Das ist für mich nicht ungewöhnlich, denn überall geht es mir ähnlich“.

Wenn das Schriftbild kleiner und enger wird, Veränderungen der Sprache zu bemerken sind, Muskelschmerzen plagen, Schweißausbrüche einen nicht mehr kalt lassen und Ungeschicklichkeit zum Begleiter wird, dann sind das schleichende Anzeichen des Nervenleidens Parkinson. Vom Zeitpunkt der ersten Anzeichen bis zur Feststellung der Diagnose vergehen sehr oft Jahre.

Parkinsonsche Krankheit, was ist das? Die Parkinsonsche Krankheit ist eine nach dem Londoner Arzt James Parkinson benannte chronische Nervenerkrankung, die durch den Mangel einer Substanz im Gehirn verursacht wird. Der fehlende Stoff ist zu vergleichen mit dem Benzin, das man zum Autofahren braucht. Kein Benzin, kein Autofahren. Kein fehlender Stoff - man kann nicht Ski fahren, man kann nicht Klavier spielen, was noch viel schlimmer ist, man kann nicht sprechen. Die Hauptsymptome sind Bewegungsarmut, Muskelsteifigkeit, Zittern der Extremitäten und Depressionen. Früher wurde die Krankheit im Volksmund auch als Schüttellähmung bezeichnet.

In Deutschland sind ca. 250.000 Menschen von dieser Krankheit betroffen. Auch in Suhl leben Parkinsonerkrankte. Einer von ihnen ist mein Mann. Angst und Schrecken des Momentes, in dem die Diagnose ausgesprochen wird, bleiben unvergessen. Das Wissen um diese unheilbare chronische Krankheit verändert völlig den Lebensinhalt, sowohl für den Betroffenen wie auch für die Familie. Dieses anfängliche Gefühl der Hilflosigkeit, zusehen zu müssen, wie die Krankheit den Körper zunehmend beherrscht, brachte uns oft zur Verzweiflung. Dazu kam das Problem der Erwerbsunfähigkeit und mein Austritt aus dem Berufsleben.

Ich suchte das klärende Gespräch mit der behandelnden Neurologin. Die Worte der Ärztin - „lebensbegleitende Aufgabe, Frau Horn“ -, prägten mich. Jetzt gab es nur eins für mich, um nicht unterzugehen. Mut zum Tun. „Parkinsonbetroffene suchen Parkinsonbetroffene zwecks Gründung einer Selbsthilfegruppe“ lautete mein Hilferuf, der durch die Beratungsstelle zur Selbsthilfe und Gesundheitsförderung in Suhl, kurz BESEG genannt, sehr unterstützt wurde. Die Energie von sechs betroffenen Gründungsmitgliedern ließ uns im Oktober 1993 zusammenrücken. Sehr schnell fand die Gruppe Zuspruch und ist für 17 Betroffene im Alter zwischen 56 und 81 Jahren Ort der Ermutigung. Auch anderen geht es genauso wie dir, dachte mancher Angehöriger schon bei der Gründung der Selbsthilfegruppe Parkinson.

Betroffene und Angehörige trafen sich zunächst gemeinsam zu den Gruppengesprächen. Daraus entstand der Wunsch zu erfahren, wie es den anderen geht und wie man die Situation besser meistern kann. Das war ein wichtiges Motiv für die

Gründung der Angehörigengruppe Parkinson. Seit diesem 22. November 1993 treffen wir uns in regelmäßigen Abständen. Die Angehörigengruppe ist für uns eine Chance in zweifacher Art. Hilfe annehmen, Hilfe geben. Die Gruppe ist unsere Gruppe, und wir sind für das Geschehen selbst verantwortlich. Anfängliche Unsicherheiten wurden dadurch überwunden, daß sich jeder mit seinen Bedenken und Gefühlen, aber auch Konflikten einbrachte. Mit der Zeit entstand ein Gruppengefühl und eine Atmosphäre von Vertrauen und Geborgenheit. Manchen Menschen fällt es schwer zu glauben, daß dies möglich ist. Die Treffen sind außerdem auch eine erholsame Ablenkung von der häuslichen Umgebung.

Für das freie Gespräch über sich und die eigenen Probleme braucht man keine besonderen Fähigkeiten, sondern nur Mut zur Offenheit. Und wie Probleme nicht von heute auf morgen entstehen, können sie auch nicht in kurzer Zeit gelöst werden. Aber voneinander wissen, aufeinander zugehen und miteinander reden hilft jedem Kontaktsuchenden und erspart so manchen Arztbesuch. Ein nicht zu unterschätzender Faktor. Wer sich mal richtig ausspricht, mit allem Drum und Dran -, natürlich nicht vor 20 Leuten, sondern in kleinerer Runde - der braucht so schnell keinen Arzt zu besuchen, wenn er nicht organische Schwierigkeiten hat.

Unser Engagement in der Gruppe bietet die Möglichkeit, sich mit Konflikten bewußt und solidarisch auseinanderzusetzen. Das schafft einen ganz neuen Blickwinkel und erleichtert es, mit dem eigenen Problem anders umzugehen. Über die Gespräche in der Selbsthilfegruppe wird Außenstehenden gegenüber natürlich Stillschweigen gewahrt.

Aktiv, nicht passiv akzeptieren. Der Wert der Selbsthilfe für die Therapie unseres Ehepartners liegt wahrscheinlich darin, diese chronische Erkrankung und das Leben mit dem Betroffenen zu akzeptieren. Wir hatten ja auch mal bessere Jahre. Wir wissen um seine Eigenarten und Neigungen. Wir besitzen verbindende Erinnerungen und auch seine Zuneigung. Seine begrenzte Leistungsfähigkeit zu kennen und zu akzeptieren kann zur lebensbegleitenden Aufgabe werden. Es ist keine ganz einfache Arbeit, denn allein die Bewältigung von Alltagsverrichtungen erfordert Geduld, Einfühlungsverständnis. Die größte Leistung besteht in der Handhabung der Beeinträchtigungen. Und hier reicht die Palette von der Blockade bis zum Psychoterror. Ehrlich! Und dazu brauchen wir Angehörigen selbst viel Kraft.

Aus der zweijährigen Gruppenarbeit konnten Betroffene und Angehörige ganz persönliche,aber auch allgemeine Erfahrungen sammeln. Die Betroffenen schätzen

sehr den Austausch der Befindlichkeit, die Teilnahme an der wöchentlichen Parkinson-Gruppengymnastik, die 14tägige Bewegungstherapie mit Lifemusik am Klavier, das gemeinsame Skatspiel, die gemeinsamen Pkw-Ausfahrten mit dem Ziel, in gepflegter Umgebung zu speisen, egal ob deftige Schlachterplatte oder festliches Menü. Zwei Tagesbusfahrten mit Besichtigung der Parkinson-Fachkliniken in Bad Nauheim und Kassel brachten in der Begegnung mit Patienten unterschiedlicher Erkrankungsstadien und im persönlichen Gespräch mit Fachärzten und Therapeuten ebenfalls neue Eindrücke. Diese Ausfahrten unternehmen die Betroffenen mit ihren Angehörigen. Zumal die Angehörigen ja auch gleichzeitig die Kraftfahrer sind. Die Angehörigen schufen sich als Gruppe Kraftquellen, durch einen Besuch der Palmengärten bei Frankfurt und auch durch Pkw-Ausfahrten in die nähere Umgebung mit gemütlicher Einkehr. Überhaupt legen wir Wert auf das Wohlbefinden. Auch das trägt zum Erhalt der Selbstbehauptung und des Selbstwertgefühls bei. Noch häufiger sollten wir eine Ermunterung in uns aufbauen, denn wer zu sich selbst Vertrauen hat, der hat es geschafft. Da gibt es also bei uns noch Nachholbedarf in punkto Selbsthygiene.

Zu der Erkenntnis, daß man über die Krankheit Parkinson nicht genug wissen kann, sind wir schon zu Beginn der Gruppenarbeit gekommen. Deshalb nutzen wir viele Gruppennachmittage als Informationstreffen. In der Vergangenheit beispielsweise mit der Neurologin, einem Psychologen, dem Bezirksgeschäftsführer einer Krankenkasse, einem Leiter des Versorgungsamtes in Suhl, dem Techniker eines Sanitätshauses sowie der Psychotherapeuten. Während dieser Zusammenkünfte erhielten wir wertvolle gesetzliche Informationen, und auch ganz besonders wurde das Vertrauensverhältnis zwischen behandelnder Ärztin, behandelnder Neurologin und den Betroffenen gefestigt.

Unsere fachlichen Kontakte und Anschaffungen von Literatur, Videos, Kassetten und Hilfsmitteln wären in diesem Umfang und in dieser Qualität für den einzelnen Betroffenen und Angehörigen ohne die Selbsthilfegruppe und ohne die Unterstützung der BESEG in Suhl niemals möglich gewesen. Natürlich feiern wir nicht nur und tauschen unsere Befindlichkeit aus, sondern es gibt manchmal auch kritische Bemerkungen. Z.B. empfinden unsere Betroffenen, natürlich dann auch die Angehörigen, die Zuzahlungen für Arzneimittel und Verordnungen als sehr hoch. Dies besonders dann, und darauf kommt es jetzt an, wenn die Einkommenshöhe knapp über dem Grenzwert liegt, dann trifft es besonders hart.

Erlauben Sie mir noch eine weitere kritische Bemerkung: In psychischer Hinsicht ist für uns besonders belastend der unklare Mieterschutz für Behinderte. Um so mehr gilt dies

bei neurologisch Erkrankten. Und verschlimmert wurde dieser Zustand, als vor kurzem die Koalitionsparteien im Bundestag den besonderen Kündigungsschutz gegenüber Eigenbedarf aufgehoben haben. Schlimm wird es auch, wenn die Betroffenen nicht mehr selbst mit dem Bus oder mit der Bahn fahren können. Dann sind sie natürlich entweder auf ihren Angehörigen mit ihrem Pkw oder aber auf das Taxi angewiesen. Und einen ganz großen Wunsch möchte ich hier aussprechen. Vielleicht geht er in offene Ohren. Nicht nur wir, sondern bestimmt auch andere der 250.000 Parkinsonbetroffenen wären sehr froh und dankbar, wenn in die Liste der Hilfsmittel ein schwenkbarer Beifahrerautositz aufgenommen werden könnte. Wir haben zweimal den Antrag gestellt, nicht auf Eintragung in die Liste, sondern um persönlich für den eigenen Pkw diesen schwenkbaren Beifahrerautositz zu erhalten. Es ist ein Jammer, wenn man zusehen muß - denn der Betroffene will sich ja nicht helfen lassen, der Betroffene will ja noch etwas alleine schaffen -, wie er ins Auto einsteigt, und noch viel schlimmer, wie er dann wieder rauskommt. Hier wäre ein schwenkbarer Beifahrerautositz eine große Hilfe.

Über die erste Phase des Beginns oder der Erkenntnis dieser Krankheit bei meinem Ehepartner, von dieser Phase, in der ich selbst drinsteckte, aber dann sagte: „Augen zu und durch“, bin ich in eine neue Phase gekommen, indem ich heute sage: „Kopf hoch und durch.“

5.3 Diskussion im Plenum

Moderatorin: Dr. Ute Gebhardt, Erfurt

Gebhardt: Wir haben nur noch eine Viertelstunde für eine ganz kurze Diskussion. Im Moment sind dann natürlich nur kleine Fragen möglich. Sie können sich an alle vier Referenten wenden, wobei natürlich nur jetzt die Möglichkeit besteht, Frau Nolte zu fragen.

Picard: Ich komme vom AOK-Bundesverband. Ich habe eine Frage an die Frau Bundesministerin Nolte. Sie haben offenkundig klare Vorstellungen zur Änderung des § 20 SGB V. Erste Frage: Besteht darüber Konsens mit ihrem Kollegen Seehofer? Zweite Frage: Ihre Vorstellung geht offenbar darauf hinaus, eine institutionelle Förderung von Selbsthilfekontaktstellen in der Krankenversicherung einzuführen. Gibt es Konsens in der Bundesregierung, daß die institutionelle Förderung zum Prinzip erhoben werden soll?

Nolte: Ich kann die Antwort relativ kurz machen. Ich habe in der Rede schon deutlich gemacht, daß ich es eigentlich präferiere und wichtig fände, wenn die Möglichkeit, die heute schon eingeräumt ist über § 20 SGB V, freiwillige Leistungen zu geben für Selbsthilfeförderung, von den Krankenkassen genutzt wird. Und zwar auf freiwilliger Basis. Das präferiere ich klar. Ich hoffe, daß die Krankenkassen dem offener gegenüberstehen als in der Vergangenheit. Ansonsten sehe ich wirklich die Notwendigkeit, daß wir dies verstärken im SGB V. Die Überlegungen dazu sind noch nicht ausgereift und nicht abgeschlossen, weil in der Tat die Hoffnung besteht, daß es nicht notwendig ist, aus einer „Kannleistung“ eine „Solleistung“ zu machen. Aber ich denke, daß für den Fall, daß es hier keine Änderungen gibt, ein Konsens in der Bundesregierung zu finden ist. Es gibt derzeit also noch keine Vorstellung, auch nicht vom Gesundheitsminister, aber ich weiß von meinem Kollegen Seehofer, daß er dieser Sache offen gegenübersteht und nicht abgeneigt wäre. D.h. es werden noch Gespräche stattfinden. Was die Frage institutionelle Förderung über die Kassen anbelangt, da denke ich, wird im Rahmen der 3. Stufe der Gesundheitsreform darüber geredet, ohne daß ich Ihnen im Detail hier schon Dinge nennen kann. Dazu bin ich auch zu wenig an diesem Gesetzgebungsverfahren bislang beteiligt.

Balke: Mein Name ist Balke von der Nationalen Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen. Ich habe auch eine Frage an Sie, Frau Nolte. Ich glaube, die Befürchtung, die Herr Picard gerade geäußert hat, ist die, daß die Kassen in einem noch verpflichtenderem Maße als bisher dazu aufgefordert sind, die Kontaktstellen zu fördern, und daß auf der anderen Seite, im Bereich der öffentlichen Hand, keine Verpflichtung besteht, die Selbsthilfeinfrastruktur zu fördern. Meine Frage dazu: Welche Möglichkeiten sehen Sie vom Bund aus, daß noch verpflichtendere Formen gefunden werden, so daß in den restlichen Bundesländern - bisher sind es ja nur 12 - noch stärker für die Kommunen die Möglichkeit besteht, die Selbsthilfeförderung als Infrastrukturförderung verpflichtender zu machen?

Nolte: Es bleibt vom Grundsatz her das, was ich gerade gesagt habe. Es gibt derzeit keine Beabsichtigung und keine konkreten Vorstellungen, wie man das institutionalisieren kann, daß es eine verpflichtende Maßnahme wird. Dies würde ja bedeuten, Selbsthilfegruppen- und Selbsthilfekontaktstellenförderung praktisch zur Regelaufgabe zu machen. Ich gestehe auch, daß ich in dieser Frage sehr skeptisch bin. Es ist in der derzeitigen Situation - ich denke, das ist kein Geheimnis - sehr schwierig, zusätzliche Pflichtaufgaben für die Kommunen einzuführen. Ich merke z.B. im Zusammenhang mit dem Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz, eine Verpflichtung wirklich durchzusetzen. Ich sehe es bei den Leistungen für das Kinder-

und Jugendhilfegesetz, die heute schon Pflichtaufgaben sind, wo die Kommunen noch immer darüber streiten, was denn davon wirklich gemacht werden muß und was unter freiwilligen Leistungen abzubuchen ist. Und deshalb bin ich bei der Selbsthilfeförderung eher skeptisch, inwieweit wir bei der Gesundheitsreform dies mitberücksichtigen können, so daß es direkt zu einer Pflichtaufgabe für die Kommunen wird. Die Möglichkeit, es freiwillig zu leisten, besteht. Dies ist ein gutes Zeichen dafür, daß man in dieser Frage weiterdenkt und bereit sein wird, hier auf freiwilligem Wege etwas zu tun.

Gerke: Mein Name ist Gerke, ich komme von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Frankfurt/Main. Das ist ein Zusammenschluß der Sozialversicherungsträger. Ich möchte an dieser Stelle den Gedanken einmal erweitern. Wir haben bisher immer nur von der Krankenversicherung gesprochen, andererseits aber auch den Bereich der Rehabilitation angesprochen. Dort ist es natürlich besonders wichtig, daß die Selbsthilfegruppen gerade im gesundheitlichen Bereich tätig sind, also Selbsthilfegruppen für chronisch Kranke und Behinderte eine wichtige Rolle spielen und auch spielen müssen. Rehabilitationsmaßnahmen sind in der Regel zeitlich befristet, aber die Nachsorge ist ganz entscheidend. Und da, denke ich,ist ein ganz wichtiger Bereich, wo die Selbsthilfe tätig werden kann und wo auch die Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern viel stärker ausgebaut werden müßte. Jetzt sieht das so aus in der Praxis, daß die Krankenversicherung eigentlich nur an zweiter Stelle auftaucht im Bereich der Rehabilitation. Der wichtigste Reha-Träger ist die Rentenversicherung. Gerade im medizinischen Bereich machen über 70% die Reha-Maßnahmen aus. Nach meiner Auffassung müßte man jetzt auch die anderen Träger viel stärker ins Boot ziehen.

Es ist ja immer ein sogenannter SGB IX im Gespräch. Also die Reform und Vereinheitlichung des Rehabilitationsrechts. In diesem Recht sind alle Reha-Träger eingebunden, also Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfeträger, Unfallversicherung und Bundesanstalt für Arbeit. Ich denke, es wäre ein wichtiger Punkt, wenn man in diesen Entwürfen, die jetzt Anfang nächsten Jahres weiter diskutiert werden sollen, die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen oder Kontaktstellen dort festschreibt. Dadurch, daß es im Gesetz festgeschrieben ist, hat es Konsequenzen auf die Umsetzung. Sonst bleibt es unverbindlich. Das vielleicht als Anregung auch an Sie, Frau Ministerin. Hier sollten Sie auf Ihre Kollegen einwirken.

Nolte: Vielen Dank für diese Anregung. Ich greife sie sehr gerne auf. Ich habe nicht umsonst auch schon angesprochen gehabt, daß gerade im Bereich der Rehabilitation Selbsthilfegruppen eine wichtige Aufgabe einnehmen und daß auch die anderen Träger gefordert sind. Aus diesem Grunde wollen wir ja das derzeit laufende Projekt auch erweitern um ein Pilotprojekt. Es soll beantwortet werden, inwieweit Kontaktstellen dazu beitragen können, die Verkopplung von professioneller Hilfe und Selbsthilfegruppen auch im Reha-Bereich fortzuentwickeln und zu vertiefen. Hier besteht bereits eine Zusammenarbeit, und Selbsthilfegruppen sind eine Möglichkeit, dem Patienten langfristig eine Stütze zur Seite zu stellen. Ich werde Ihre Anregung aufnehmen und im Gespräch mit dem Arbeitsministerium vertiefen.

Lux: Ich bin der Herr Lux aus Suhl. Ich bin Mitglied der Selbsthilfegruppe der Rheumakranken. Ich habe eine Frage an die Bundesministerin. Sie sprach davon, daß der Bund die Rahmenbedingungen für die Arbeit in der Selbsthilfe schafft. Das ist schon ganz gut, aber mir scheint der Rahmen etwas sehr weit gefaßt zu sein, wenn eben für die Selbsthilfegruppen Porto, Fahrtkosten und Papier beglichen werden, die Kosten, die da entstehen. Aber es arbeiten viele tausende Menschen in der Selbsthilfe, opfern Zeit und Kraft, nicht nur für sich, auch für andere. Dies kommt auch dem Bund zugute. Man sollte auch an diese Menschen denken und für diese Menschen entsprechende Rahmenbedingungen schaffen, daß das Ehrenamt, das sie ausüben, auch irgendwo eine Förderung bekommt. Ich meine z.B. eine Berücksichtigung bei der Rente. Dafür möchte ich Sie bitten, Frau Bundesministerin, sich einzusetzen.

Nolte: Sie sind sich darüber im Klaren, daß Sie ein sehr weitreichendes Thema ansprechen. Es geht ja hier um die gesamte Frage Rahmenbedingungen und Förderung von freiwilligem Engagement. Das geht natürlich über Selbsthilfegruppen hinaus, weil in vielen Bereichen ehrenamtliche Leistungen vollbracht werden. Es wird zu Recht auf die Unterstützung und Förderung dieser Tätigkeiten verwiesen. Es gibt die Modellrechnung: 240 Millionen Stunden jeden Monat durch Ehrenamt. Wenn man das einmal hochrechnet auf das Bruttosozialprodukt, dann entstehen dort Milliardenbeträge, die der Staat nicht bezahlen muß. Er könnte also zumindest einen Teil auf niederem Level finanzieren.

Es gibt derzeit sehr viele Aktivitäten auch in meinem Haus, um Rahmenbedingungen zu verbessern, um ehrenamtliches Engagement zu fördern. Es geht allerdings weniger um die finanzielle Förderung. Ich sage das sehr deutlich, daß wir derzeit bei den finanziellen Spielräumen, die wir in allen öffentlichen Kassen haben, hierzu kaum in der Lage sind. Das betrifft die Rentenkasse genauso wie die Steuerkasse, so daß ich dort

auch keine Maßnahmen in Aussicht stellen kann. Es wird auch für die Diskussion zur Förderung eines Ehrenamtes oder des freiwilligen Engagements eher schädlich als förderlich sein, weil man sich auf Dinge konzentriert, die derzeit nicht erfüllbar sind. Wir müssen schon auch aufpassen, nicht dem Trend zu folgen, alles immer über finanzielle Vergleiche und über Geldwerte gegenzurechnen, weil ein Teil an dem, was Ehrenamt eigentlich ist, dadurch verlorenginge. Aber wie gesagt, das ist derzeit eben nicht darstellbar, weil es den Blick dafür verstellt, was man sonst noch tun kann. Und ich glaube, solche Fragen wie verbesserte Freistellung, wie bessere Vereinbarkeit von solchen Tätigkeiten mit Erwerbstätigkeit sind schon mal wichtige Rahmenbedingungen, die man leisten kann. Zur Frage der Kostenerstattung muß man allerdings auch ehrlich sagen, das kann der Bund nicht leisten. Das kann auch keine einzelne Kommune im einzelnen machen, sondern hier stellt sich die Frage, was die Träger dafür leisten können.

Gebhardt: Eine ganz kurze Frage ist noch möglich, wenn es jetzt sehr auf den Nägeln brennt.

Weiße: Sie haben die Veranstaltung „Selbsthilfe 2000“ bewußt hier nach Ostdeutschland gelegt, weil hier nicht nur Defizite ausgeglichen werden, sondern hier Zukunft gemacht wird. Aber wenn man einmal die Unterstützung der Selbsthilfe vergleicht mit anderen Bereichen. Es hat im Bereich der Kulturförderung Zuschüsse des Bundes gegeben, um hier Infrastruktur zu erhalten. In Ostdeutschland bricht vieles weg, weil die Länder, weil die Kommunen überfordert sind. Wäre es möglich, daß der Bund da eine Strukturhilfe gibt?

Nolte: Ich habe angedeutet, daß es mir wichtig ist, daß wir dem, was wir hier aufgebaut haben in den neuen Bundesländern, zur Weiterführung verhelfen. Deshalb setze ich mich dafür ein, daß diese Kontaktstellen noch bis Ende 1996, also ein halbes Jahr länger, gefördert werden. D.h., daß wir auch sehen, wo steigen die Länder ein. Damit können wir ein Stück weit nachhelfen und auch Druck ausüben, so daß Länder das auch weiterführen und hierzu bereit sind.

Eine darüber hinausgehende Infrastruktur, Hilfe auf längere Sicht ist nicht regelbar, ist nicht leistbar. Wir sind übrigens auch bei der Kulturförderung inzwischen wieder auf einem Nullevel, was der Bund macht, weil es einfach von Bundeszuständigkeit halber keine Möglichkeit gibt, über längere Zeit hier Förderung möglich zu machen. Wir bekommen in dieser Frage mit Förderrichtlinien Schwierigkeiten, weil wir aufgrund der Zuständigkeit dafür keine Grundlage haben, dies zu tun. Und deshalb kann es nur

darum gehen, die Infrastruktur so weit abzusichern, bis praktisch jemand nachfolgend eingestiegen ist.

Ich denke insgesamt, daß die Tagung sicherlich eine Reihe von Impulsen geben wird, die ich dann auch gerne aufnehme, und daß ich selber auch sehr an den Anregungen interessiert bin, die es hier gibt. In diesem Sinn noch mal von meiner Seite dieser Tagung einen guten Verlauf und Ihnen alles Gute.

6. Selbsthilfepotentiale in den alten und neuen Bundesländern und ihre Aktivierung durch Selbsthilfekontaktstellen

Meine Ausführungen zu den Selbsthilfepotentialen in den alten und neuen Bundesländern und deren Aktivierung basieren auf den Ergebnissen von zwei Bundesmodellprogrammen zur infrastrukturellen Förderung der Selbsthilfe durch Selbsthilfekontaktstellen. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung zu diesen Modellprogrammen wurden Erkenntnisse zu Umfang und Formen der Selbsthilfe gewonnen sowie zum Unterstützungsbedarf durch Selbsthilfekontaktstellen, Kommunen, Verbände und Krankenkassen.
Für die Vertreter aus Politik, Verwaltung, Verbänden und Krankenkassen, die vor der Frage stehen, ob und wie stark sie sich für die infrastrukturelle Förderung der Selbsthilfe engagieren sollen, wird die Zusammenfassung der seit Beginn des ersten Bundesmodellprogramms im Jahr 1987 gewonnenen Erkenntnisse Argumente und Entscheidungshilfen bieten. Sie zeigen, welche Fragen zur Selbsthilfeförderung heute qualifiziert beantwortet werden können.

Die hinreichenden Erfahrungen aus den zwei Modellprogrammen zeigen, wie Selbsthilfeförderpolitik praktisch wirksam werden kann. Sie bieten eine gute Basis für die Zielsetzung der Fachtagung, um den von Herrn Prof. von Ferber eingeforderten Perspektivenwandel voranzubringen.
Nach den Ausführungen von Frau Ministerin Nolte zur Begründung von Selbsthilfeförderpolitik als einer Aufgabe für Politik und Gesellschaft sowie der Bestimmung der gesellschaftlichen Bedeutung der Selbsthilfe und des sozialen Engagements durch Herr Prof. von Ferber wende ich mich den empirischen Befunden zu Umfang und Potential der Selbsthilfe zu und danach der Frage, wie und unter welchen Voraussetzungen Selbsthilfe durch Selbsthilfekontaktstellen erfolgreich unterstützt und aktiviert werden kann. Hierzu werde ich Ihnen sechs Thesen vortragen.
Ich werde auch Bezüge zu den fünf Foren herstellen, die am morgigen Tage zentrale Themen der Fachtagung vertiefen, sowie auf die in Ihrer Tagungsmappe beigefügte Tischvorlage hinweisen, in der Kernergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung von ISAB dokumentiert sind.

These 1: Die hohe Zahl der in Selbsthilfe engagierten Bürger sowie die Bandbreite der gesellschaftlichen Bereiche, in denen Selbsthilfegruppen Leistungen erbringen, belegt, daß Selbsthilfe eine quantitativ wie qualitativ wichtige gesellschaftliche Ressource geworden ist.

Selbsthilfe als Gegenstand der Sozialpolitik ist primär:

- eine besondere Form des freiwilligen Engagements.
- 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, deren Leistungen aber hauptsächlich auf dem unentgeltlichen Engagement der Gruppenmitglieder basieren.

Die Zahl von 67.500 Selbsthilfegruppen und Initiativen, die es heute in Deutschland gibt, wurde von Frau Ministerin Nolte bereits genannt. In ihnen engagieren sich 2,6 Mio. Menschen. Dies sind mehr als die in der IG Metall organisierten Gewerkschaftsmitglieder.

Wie die stetige Zunahme der Selbsthilfegruppen in den letzten Jahren zeigt, wird hierbei ein Unterschied zum Engagement von Menschen in Massenorganisationen deutlich. Die Mitgliedschaft in Parteien, Gewerkschaften und Kirchen etc. nimmt ab, die Bereitschaft, sich in Selbsthilfegruppen und selbstorganisierten Initiativen zu engagieren, steigt.

Im Rahmen der begrenzten Zeit ist es nicht möglich, die Ursachen für den Wandel in den Engagementbereitschaften und für das gestiegene Interesse an Selbsthilfe angemessen zu beleuchten. Festzuhalten ist, daß trotz Individualisierung und der postulierten Egogesellschaft die Bereitschaft, etwas für sich und für andere zu tun, in einer Vielzahl von Selbsthilfegruppen und Initiativen tatsächlich eingelöst wird.

Im Hinblick auf die Selbsthilfeförderung und die bisher bescheidenen Mittel, die dafür bereitgestellt werden, sind die neuen Engagementbereitschaften der Bürger ein ernstes Signal für die durch Politik beeinflußbaren Prioritätensetzungen. Die Ungleichgewichte im Vergleich zur finanziellen Unterstützung von Massenorganisationen wie organisierten Verbänden, dem Profisport und der Kulturförderung sollten abgebaut werden.

Nach der mit Hilfe der Selbsthilfekontaktstellen über mehrere Jahre recherchierten Zahl der Selbsthilfegruppen und Initiativen und den in den Selbsthilfegruppenbefragungen von ISAB ermittelten Mitgliederzahlen kann davon ausgegangen werden, daß sich heute knapp 5 % der Erwachsenen in Selbsthilfegruppen und Initiativen engagieren.

In den alten Bundesländern kommen in Städten auf 10.000 Einwohner 9,7 Selbsthilfegruppen, in ländlichen Regionen 5,4. In den neuen Bundesländern sind dies in Städten 4,9 Gruppen und in ländlichen Regionen 4,1 Gruppen.

Die rasche Entwicklung von Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern hat fünf Jahre nach der Wiedervereinigung dazu geführt, daß heute bereits 60 % der

Selbsthilfegruppendichte der alten Bundesländer erreicht wurde. Selbsthilfekontaktstellen haben diesen Prozeß maßgeblich gefördert.

These 2: Die Kluft zwischen der Bereitschaft zur Selbsthilfe und dem tatsächlichen Engagement kann durch Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeförderpolitik verringert werden.

Die empirischen Befunde zum Selbsthilfepotential zeigen, daß Selbsthilfegruppen in den alten und in den neuen Bundesländern ein wichtiges sozial- und gesundheitspolitisches Hilfepotential geworden sind. Was sie nicht zeigen, sind die oft schwierigen Bedingungen, unter denen Bürger ihr Engagement in Selbsthilfegruppen zu verwirklichen suchen, sowie die Zahl der Bürger, die mangels Information und Unterstützung keinen Zugang zu Selbsthilfemöglichkeiten finden. Wie aus verschiedenen Untersuchungen bekannt ist, ist die Zahl der Menschen, die bereit sind, sich freiwillig in verschiedenen Bereichen des bürgerschaftlichen Engagements und in der Selbsthilfe zu organisieren, weitaus höher als die Zahl derjenigen, die sich tatsächlich engagieren.
Die wichtigsten Gründe für die Kluft zwischen Bereitschaft und tatsächlichem Engagement sind:

- unzureichende Informationen über die Möglichkeiten der Selbsthilfe,
- zu geringe Beratung und Unterstützung der selbsthilfeinteressierten Bürger in vielen Regionen,
- zu geringe Chancen, Kontakte zu anderen zu finden,
- häufig auch unzureichende Anerkennung und Förderung der Selbsthilfegruppen durch Politik, Verwaltung und Fachleute.

Es ist daher nicht verwunderlich, daß viele Gruppen, die sich für die Bewältigung sozialer und gesundheitlicher Probleme und Anliegen zusammengefunden haben, resignieren und wieder auseinanderbrechen. Viele Gruppen scheitern schon im Entstehungsprozeß, an Hemmnissen, die durch eine engagierte Selbsthilfeförderpolitik und durch Selbsthilfekontaktstellen abgebaut werden können.

These 3: Selbsthilfeförderpolitik muß die konkreten Formen, Anliegen und den Unterstützungsbedarf lokaler Selbsthilfegruppen aufgreifen. Normative Konzepte und Vorurteile über Selbsthilfegruppen bieten keine hilfreichen Ansatzpunkte für die Aktivierung der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements.

Der Tischvorlage können Sie Informationen zu den unterschiedlichen Typen von Selbsthilfegruppen und zu den neun sozialen und gesundheitlichen Bereichen, in

denen sie sich engagieren, entnehmen. Die Daten zu den Strukturmerkmalen und den konkreten Formen der Selbsthilfe erfordern eine Korrektur immer noch verbreiteter Vorstellungen über Selbsthilfegruppen.

Die sich aus den Formen und Merkmalen lokaler Selbsthilfegruppen und Initiativen ergebenden Anforderungen sowie ihre vor Ort erbrachten Leistungen sind unter förderpolitischen Gesichtspunkten in dreierlei Hinsicht wichtig:

- für die Leistungen, die Selbsthilfekontaktstellen für Selbsthilfegruppen und Initiativen erbringen sollen,
- für die Leistungen, die überregionale Selbsthilfeverbände für die lokalen Gruppen, die bei ihnen Mitglied sind, erbringen sollen,
- für die direkte Gruppenunterstützung durch Kommunen, Krankenkassen und Wohlfahrtsverbände.

60 % aller Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern sind Mitglied in einem überregionalen Selbsthilfeverband und/oder in einem Wohlfahrtsverband (davon 80 % beim DPWV). Die Mitgliedschaft von außenorientierten Selbsthilfegruppen ist mit 84 % am höchsten. Aber auch 50 % der kleinen Selbsthilfegruppen von Betroffenen sind Mitglied.

Insbesondere aus dem Interesse an finanzieller und sachlicher Unterstützung durch Kommunen und Krankenkassen setzen viele Gruppen auf eine Doppelmitgliedschaft bei Wohlfahrts- und Selbsthilfeverbänden. Nach Auskunft der befragten Gruppen sind die schriftlichen Informationen, Rundbriefe und Publikationen der überregionalen Selbsthilfeverbände und deren allgemeine Interessenvertretung für sie besonders wichtig.

In Fragen der finanziellen Unterstützung, der organisatorischen Beratung, der Sachmittelunterstützung und bei ihrer Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, bei der Beschaffung von Räumen und der Gewinnung von Mitgliedern nutzen die Gruppen fast ausschließlich die Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen.

Bei der Charakterisierung von Selbsthilfegruppen beschränke ich mich auf einige Fakten:

- Nach ihren Leistungen und Aktivitätsschwerpunkten lassen sich drei Selbsthilfegruppentypen unterscheiden: Die Leistungen der Selbsthilfegruppen von Betroffenen (Typ 1) sind weitgehend auf ihre Mitglieder beschränkt. In der Mehrzahl haben sie bis zu 15 Mitglieder. Außenorientierte Selbsthilfegruppen (Typ 2) und Initiativen (Typ 3) engagieren sich auch für Nichtmitglieder. Durch Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen, durch praktische Lebenshilfe und Sachinformationen helfen sie, soziale und gesundheitliche Probleme in verschiedenen Bereichen zu lösen.

- Ein Blick auf die Hauptanliegen, für die sich Selbsthilfegruppen engagieren, zeigt, daß diese in den alten und neuen Bundesländern relativ ähnlich sind. 66 % der Gruppen engagieren sich in gesundheitlicher Selbsthilfe, davon 30 % im Bereich chronischer Erkrankungen, 15 % für Behinderungen, 11 % für psychosoziale Probleme und 10 % für Suchtprobleme. Für die fünf Bereiche der sozialen Selbsthilfe, also Eltern-Kind-Selbsthilfe und Partnerschaft, Alter/ Nachbarschaft, Frauenselbsthilfe, soziokulturelle Themen und Selbsthilfe in besonderen sozialen Situationen, engagieren sich jeweils 5 % bis 10 % der Gruppen.
- Zwei Befunde bedürfen der Hervorhebung: Selbsthilfegruppen sind älter und haben mehr Mitglieder, als häufig angenommen wird. In den alten Bundesländern sind 20 % der Gruppen älter als 10 Jahre, die Hälfte aller Selbsthilfegruppen besteht schon länger als 6 Jahre. In den neuen Bundesländern sind ein Viertel der Gruppen 1 bis 2 Jahre alt, drei Viertel der Gruppen sind in den ersten 3 Jahren nach der Wende entstanden. Außenorientierte Selbsthilfegruppen und Initiativen haben deutlich höhere Mitgliederzahlen als Selbsthilfegruppen von Betroffenen: Etwa 40 % haben zwischen 16 und 50 Mitglieder, die Hälfte der außenorientierten Gruppen und Initiativen hat mehr als 50 Mitglieder.

Wie die empirischen Befunde zu den Strukturmerkmalen und Leistungen von lokalen Selbsthilfegruppen und Initiativen zeigen, wird der zur Zeit diskutierte Vorschlag, Selbsthilfegruppen in verbandliche Selbsthilfe und in Gruppenselbsthilfe aufzuteilen, ihren konkreten Erscheinungsformen und ihrem Selbstverständnis nicht gerecht.

Die vorgestellten Befunde zum Selbsthilfepotential werden in den Foren 1 und 2 mit den Themen „Was kann Selbsthilfe?“ und „Wem nützt Selbsthilfe?“ vertieft unter dem Leitinteresse der weiteren Konkretisierung der sozialen und gesundheitlichen Bedeutung der Selbsthilfe sowie ihres individuellen und gesellschaftlichen Nutzens.

These 4: Die infrastrukturelle Unterstützung der Selbsthilfe mit dem von Selbsthilfekontaktstellen entwickelten Aufgabenprofil ist eine wesentliche Voraussetzung zur Stabilisierung und Aktivierung des Selbsthilfepotentials der Bürger.

Die Erfahrungen der beiden Programme zeigen, daß Selbsthilfekontaktstellen maßgeblich dazu beitragen, daß sich Bürger erfolgreich in Selbsthilfegruppen und Initiativen engagieren können. Sie haben hierzu ein differenziertes Leistungsspektrum und eine selbsthilfeunterstützende Arbeitskonzeption entwickelt, aus der im Verlaufe des Modellprogramms ein Standardaufgabenprofil für Selbsthilfekontaktstellen mit entsprechenden Qualitätsanforderungen entstanden ist. Aufgabe von Forum 3 wird es sein, die Leistungen von Selbsthilfekontaktstellen für Bürger, Gruppen und Fachleute

zu bilanzieren. Eine klare Abgrenzung des Aufgabenprofils der Selbsthilfekontaktstellen von Einrichtungen und Institutionen, die Selbsthilfe als Nebenaufgabe fördern, ist wichtig, da noch immer Unklarheiten zwischen beiden Unterstützungsformen bestehen. Geklärt werden soll auch, ob und welche Zusatzaufgaben Kontaktstellen im Rahmen ihres Aufgabenprofils übernehmen können, um die Chancen für ihre Finanzierung und längerfristige Absicherung zu verbessern.
Die hohe Inanspruchnahme von Selbsthilfekontaktstellen und ihre Informations-, Vermittlungs- und Beratungsleistungen zeigen ihre erfolgreiche Selbsthilfeunterstützungsarbeit. Pro Jahr informiert und berät eine durchschnittliche Selbsthilfekontaktstelle 720 Bürger, Selbsthilfegruppen und Initiativen und Fachleute mit insgesamt 2.000 Kontakten.
Wie die Erfahrungen der beiden Modellprogramme gezeigt haben, hat sich in den neuen und alten Bundesländern ein vergleichbares Aufgabenprofil entwickelt, durch das die an Selbsthilfe Interessierten wie die bereits in Selbsthilfe engagierten Bürger in Städten und ländlichen Regionen gleichermaßen unterstützt werden können. Selbsthilfekontaktstellen als fachübergreifende professionelle Einrichtungen, deren Hauptaufgabe die Selbsthilfeförderung ist, können allerdings nur dann ihre volle Wirksamkeit entfalten, wenn sie nach einer Aufbau- und Qualifizierungsphase mit einer ausreichenden Zahl hauptberuflicher Selbsthilfeberater und Selbsthilfeberaterinnen ausgestattet und längerfristig abgesichert sind.
Angesichts der Herausforderungen, vor denen die Sozial- und Gesundheitspolitik in den Ländern und Kommunen steht, sind Selbsthilfekontaktstellen ein wichtiges Instrument der Sozial- und Gesundheitspoltik. Sie stehen für ein Politikverständnis, das jenseits der wohlfahrtsstaatlichen Allmachtsillusionen Abschied nimmt von der Zielsetzung, alle Folgeprobleme des gesellschaftlichen Wandels auf dem Wege eines sich immer mehr erweiternden Staatsaufgabenvolumens selbst lösen zu können.

These 5: Die gesellschaftliche Wertschöpfung der Selbsthilfe ist um ein Vielfaches höher als die erforderlichen finanziellen Mittel für ihre Unterstützung.

Die Mehrzahl der bisher 160 Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland muß jedes Jahr neu versuchen, ihren Fortbestand zu sichern. Als freiwillige, jederzeit einstellbare Leistung wird der Selbsthilfeförderung durch Kontaktstellen und das durch sie aktivierbare Selbsthilfepotential der Bürger noch ein zu geringer Stellenwert zugemessen.
Was fehlt, ist die Bereitschaft zur anteiligen Unterstützung von Selbsthilfekontaktstellen durch die Länder, Kommunen und Krankenkassen. Der sozial- und gesundheitspolitische Nutzen, der durch kontinuierliche Unterstützung und Aktivierung

des Selbsthilfepotentials der Bürger erzielt würde, liegt um ein Vielfaches höher als der für die Bundesrepublik erforderliche Mitteleinsatz von 63 Mio. DM für die Finanzierung eines flächendeckenden Netzes von 260 Kontaktstellen und ca. 40 Mio. DM für die direkte Selbsthilfegruppenförderung.
Die gesellschaftliche Wertschöpfung, die von den Selbsthilfegruppenmitgliedern jährlich für sich und andere geschaffen wird, kann nach einer ersten Hochrechnung auf knapp 4 Mrd. DM bilanziert werden (2,6 Mio. Mitglieder mal 6 Std. im Monat mal 12 Monate ergibt 187 Mio. Std. mal 20 DM = ca. 3,7 Mrd. DM).
Wenn diese gesellschaftliche Wertschöpfung des Selbsthilfeengagements der Bürger nicht nur erhalten, sondern im Interesse der Betroffenen und der Gesellschaft gesteigert werden soll, muß die Finanzierung von 63 Mio. DM für Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland als eine sinnvolle Investition bezeichnet werden.
Im Zentrum der Beratung im Forum 4 wird daher der aktuelle Stand der Selbsthilfeförderdiskussion stehen. Die aus den Modellprogrammen gewonnenen Erkenntnisse zu der für eine erfolgreiche Kontaktstellenarbeit notwendigen Personal- und Sachausstattung sowie zu den möglichen Finanzierungskonzepten liegen vor.

These 6: Um Selbsthilfe wirkungsvoller unterstützen zu können, sollten sich die Selbsthilfekontaktstellen auf Länder- und Bundesebene besser organisieren und vernetzen.

Ein Grund für die geringere Bereitschaft zur Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen und für den nur zögerlichen Ausbau eines flächendeckenden Netzes von Selbsthilfekontaktstellen liegt auch in der unzureichenden Organisierung der Selbsthilfekontaktstellen in den Ländern und auf Bundesebene. Im Forum 5 soll daher diskutiert werden, welche institutionellen Voraussetzungen von Kontaktstellen geschaffen werden müssen, damit sie z.B. bei Verhandlungen über die Einrichtung und Finanzierung von Kontaktstellen auf Länderebene mit dem jeweiligen Ministerium, den kommunalen Spitzenverbänden und den Krankenkassen als sachkompetente Partner einbezogen werden. Viele der bereits entstandenen oder in der Gründung befindlichen Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen sind hierfür bisher nur bedingt geeignet und gerüstet.
Hilfreich wäre auch die Organisierung der Selbsthilfekontaktstellen auf Bundesebene z.B. in einer Bundesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen, um nach Auslaufen der Modellprogrammförderung Bundesmittel erhalten zu können, die unmittelbar der Weiterentwicklung der Infrastruktur von Selbsthilfekontaktstellen zugute kommen.

Die Diskussion zu diesen Fragen steht noch am Anfang. Ihre baldige Klärung durch die Kontaktstellen wäre auch wichtig, um die Kooperation mit den auf Landes- und Bundesebene organisierten Selbsthilfeverbänden, z.B. der Bundesarbeitsgemeinschaft für Behinderte sowie dem Fachverband für Selbsthilfegruppen, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Selbsthilfegruppen, konkreter auszugestalten und produktiver werden zu lassen.

Daß dieser Weg der besseren Organisierung und Kooperation der sich für die Selbsthilfe engagierenden Akteure, also der Kontaktstellen, der DAG SHG, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Behinderte und anderer Selbsthilfeverbände, erfolgversprechende Perspektiven bietet, hat das Beispiel der Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft für Seniorenbüros gezeigt. Diese setzt sich in Kooperation mit Seniorenorganisationen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) sowie den Seniorenvertretungen für die Engagementinteressen und Probleme von Senioren ein.

7. Der Beitrag der Wohlfahrtsverbände zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen und der Wert der Selbsthilfe für die Wohlfahrtspflege

Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfekontaktstellen) ist in den letzten zehn Jahren selbstverständlicher Teil sozialer Arbeit und damit Freier Wohlfahrtspflege geworden. Nennenswerte Grundsatzprobleme sind in den letzten Jahren nicht mehr bekannt geworden.
Lediglich in der Leitbilddiskussion des Deutschen Caritasverbandes und dessen Dokumentation wird noch etwas von Gegensätzen spürbar. Karl Gabriel führt noch einmal eine deutliche Gegenüberstellung aus: „Von den kirchlichen Gruppen - im Unterschied etwa zur Selbsthilfebewegung - kann der Staat eine gewisse Stabilität, Rationalität und Loyalität in der Aufgabenerfüllung erwarten. So nimmt es nicht Wunder, daß die Kirchen trotz Selbsthilfebewegung die verläßlichsten Partner des Sozialstaates geblieben sind."
Dagegen konstatiert Rolf Zerfass einen längst „überfälligen Anstoß zum Abschied von einer kirchlichen Planwirtschaft" und führt aus: „Vielleicht kommen wir auf diesem Weg auch endlich einen Schritt weiter auf dem Weg zur häufig proklamierten (aber aus Angst vor dem Verlust des eigenen Profils immer wieder verweigerten) ökumenischen Kooperation, die unterhalb der Verbände, in den Selbsthilfegruppen und Basisinitiativen, längst in Gang ist." Bei der Position von Karl Gabriel dürfte es sich insgesamt eher um eine Rückzugsposition handeln. Konfliktzonen gibt es heute eher zwischen den verschiedenen Ausformungen des Selbsthilfebereiches. Dieser selbst ist beispielsweise als „Vierte Säule des Gesundheitswesens" anerkannt und in das Gesundheitswesen integriert. Das schließt natürlich nicht aus, daß es in Tagesfragen, wie zum Beispiel in dem Streit um Geld, immer wieder deutliche Meinungsverschiedenheiten gibt. Aber diese bewegen sich in aller Regel auf der Basis eines grundlegenden Konsenses über die Notwendigkeit und Möglichkeit einer Zusammenarbeit.

Der Beitrag der Wohlfahrtsverbände zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Detalliertes statistisches Material liegt nur für den Bereich „Trägerschaft von Selbsthilfekontaktstellen" vor. Bei dieser Form der Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch die Wohlfahrtsverbände hat der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband besonderes Gewicht, und zwar sowohl durch eigene Trägerschaften als auch die Mitgliedschaft von Trägervereinen.
Der Beitrag der Wohlfahrtsverbände zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen ist dagegen mit exakten Daten schwer nachweisbar. Die letzte mir vorliegende Statistik

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege weist 28.000 Helfer- und Selbsthilfegruppen aus, aber selbst diese - zugegebenermaßen recht grobrastrige - Statistik bringt keine konkreten Angaben über die Unterstützung. Hier kann es also nur um allgemeine Feststellungen gehen und angemerkt werden, daß der Beitrag der Wohlfahrtsverbände in direkter und indirekter Unterstützung erfolgen kann.

Die direkte Unterstützung kann in materieller (Zuwendungen) oder immaterieller (unentgeltliche Nutzung von Räumen und Geräten, Beratung) Form geschehen, und es ist anzunehmen, daß die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Selbsthilfegruppen in ihrem Bereich mit Spenden- und Lotteriemitteln nach den jeweils gegebenen Möglichkeiten fördern. Deutliche und nachweisbare Prioritäten in der Förderung von Selbsthilfegruppen sind jedoch bisher nicht bekannt geworden. Eine Besonderheit im Rahmen der Wohlfahrtsverbände stellt die Unterstützung und Förderung von Selbsthilfeorganisationen dar; sie erfolgt allein durch den PARITÄTISCHEN, da allein dieser Spitzenverband in seiner Arbeit eine deutliche Prägung durch Selbsthilfeorganisationen hat.

Die indirekte Unterstützung kann zum Beispiel durch politische Initiativen (Dritte Stufe der Gesundheitsreform), Fortbildung, Trägerschaft von Selbsthilfekontaktstellen geschehen. Angesichts der Tatsache, daß rund zwei Drittel der Selbsthilfegruppen im Bereich der Behindertenhilfe und im Gesundheitswesen tätig sind, kommt natürlich der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen eine ganz besondere Bedeutung zu. Dabei können die Wohlfahrtsverbände sicher die Positionen mittragen, die die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. in ihrem politischen Schreiben vom 21. April 1995 für eine Änderung von § 20 Abs. 3 a SGB V formuliert hat:

- Es muß eine stärker verpflichtende Form der Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkasse gefunden werden.
- Die Förderung in diesem Bereich muß aus dem Wettbewerb der Krankenkassenverbände herausgelöst werden.
- Die Förderung muß als Gemeinschaftsaufgabe der öffentlichen Hand und der Krankenversicherung bestimmt werden. Entsprechende Regelungen sind auf der Basis regionaler und örtlicher Gegebenheiten zu organisieren.
- Kontaktstellen sind im Rahmen einer Basis- und Infrastrukturförderung von Krankenkassen und öffentlicher Hand zu fördern.

Dabei müßten die Vertretungen des Selbsthilfebereiches einige Zahlenverhältnisse zukünftig deutlicher und selbstbewußter darstellen: So wird in den Unterlagen für diese Fachtagung festgestellt, daß der jährliche Finanzierungsbedarf für eine

flächendeckende Versorgung mit Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik Deutschland bei rund 63 Mio. DM liegt (vgl. Tischvorlage S. 34). Bei einer Gemeinschaftsfinanzierung der Kontaktstellen durch öffentliche Hand und Krankenkassen müßten alle Krankenkassen bundesweit nur 19 Mio. DM hiervon aufbringen. Im Vergleich zu den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (173 Mrd. DM im Jahr 1993) ist dieser Betrag eine Kleinigkeit, und er müßte besonders im Hinblick darauf aufzubringen sein, daß die gesetzlichen Krankenkassen beispielsweise für Werbeausgaben erheblich andere Größenordnungen ausgeben können. Mit Blick auf die neuen Wettbewerbsregelungen für gesetzliche Krankenkassen - so wurde kürzlich in der Presse mitgeteilt - sind deren Werbeausgaben von den Aufsichtsbehörden begrenzt worden. Je Mitglied in Westdeutschland dürfen sie künftig höchstens 6 DM (im Osten 4,50 DM) jährlich für Werbung ausgeben.

Die aktuellen Herausforderungen an die Freie Wohlfahrtspflege als Grundlage der Wertschätzung

Vor etwa zehn Jahren hätte man den Wert der Selbsthilfe für die Wohlfahrtspflege, insbesondere für die Freie Wohlfahrtspflege, kaum untersucht. Damals hätte man wohl eher gefragt, welchen Wert die Freie Wohlfahrtspflege wohl für die Selbsthilfe haben könnte. Das ist für mich auch ein Ausdruck der „Normalisierung der Beziehungen“, von der in den Leitgedanken schon einmal die Rede war.

Die Wohlfahrtspflege, insbesondere die Freie Wohlfahrtspflege, sieht sich neuen, ungewohnten Herausforderungen gegenüber. Diese Herausforderungen betreffen nicht in allererster Linie „klassische“ oder neue Selbsthilfeimpulse, sondern die drei Kernaufgabenfelder, die sich im Laufe der letzten Jahrzehnte herausgebildet haben bzw. von den Verantwortlichen der Wohlfahrtsverbände geformt und geprägt worden sind.

Anbieter in sozialer und pflegerischer Dienstleistung. Freie Wohlfahrtspflege bietet in erheblichem Umfang soziale und pflegerische Dienstleistungen an. In wichtigen Bereichen hat sie höhere und wesentlich größere Anteile als kommunale oder gewerbliche Dienste. Sie ist Anstellungsträger für 1,2 Mio. Vollbeschäftigte und verantwortet eine Lohnsumme von 48 Mrd. DM.

Die letzte größere politische Auseinandersetzung um diesen Bereich hatte es um den sogenannten „Vorrang“ im Rahmen der Gesetzgebung zu Beginn der 60er Jahre gegeben. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts, das in dem eigentlichen Urteil mehr die Freie Wohlfahrtspflege, in der Begründung mehr die öffentlich-rechtlichen Träger bestätigte, hat insofern befriedend gewirkt, als bei wachsenden Sozialquoten

und stetiger professioneller Qualifizierung sozialer Dienste Freie Wohlfahrtspflege sich relativ ungestört entfalten konnte.

Neben der durch Selbsthilfe artikulierten Unzufriedenheit bestimmter Gruppen von Leistungsempfängern und Institutionsforschern ist es besonders die stetige Verknappung der für soziale Arbeit zur Verfügung stehenden oder zur Verfügung gestellten Mittel gewesen, die die Einrichtungen und Dienste Freier Wohlfahrtspflege in schwierige Situationen gebracht hat. Neue Steuerungsinstrumente sind entwickelt worden, wie Markt, Wettbewerb, „Kundenorientierung“, Leistungsbeschreibung, Qualitätssicherung, Budgetierung. Diese Steuerungsinstrumente können im Einzelfall durchaus sinnvoll sein. Problematisch sind sie geworden, weil sie in der Praxis nahezu ausschließlich für Kosteneinsparungen eingesetzt werden.

Dazu kommt, daß sich wesentliche soziale und pflegerische Dienstleistungen Marktgesichtspunkten entziehen. Leistungsbeschreibungen, die durchaus marktunabhängig gesehen werden können, geraten unter Kosteneinsparge-sichtspunkten in eine Richtung, die dann eben als Leistung nur noch das zuläßt, was beschrieben werden kann. Gefühle und Haltungen, die in soziale Dienstleistungen eingehen, entziehen sich aber weitgehend einer Leistungsbeschreibung; sie fallen daher aus dem System heraus.

Pilotprojekt für diese Tendenzen ist die Umsetzung der Pflegeversicherung. Mit Leistungsbeschreibungen, Qualitätssicherungen, Leistungskomplexen gehen zwischenmenschliche Aspekte der Pflege verloren. Es bleibt zu hoffen, daß auch in diesen Zusammenhängen die Pflegeversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung folgt. In dieser ist nach und nach erkannt worden, daß mit der herkömmlichen Aufsplitterung von medizinischen Leistungen in einzelne Handgriffe wesentliche Bestandteile ärztlicher Tätigkeit verlorengehen. Mit der Wiederentdeckung der „sprechenden Medizin“ sind hier wenigstens tendenziell Umsteuerungen zu beobachten, die auch für die Pflegeversicherung schnell notwendig werden können.

Besonders problematisch ist in diesem Zusammenhang die sogenannte „Kundenorientierung“. Selbst ihre Befürworter erkennen an, daß sie für weite Bereiche sozialer Arbeit inhaltlich völlig verfehlt ist. Dieses soll angeblich durch ihren strategischen Nutzen ausgeglichen werden können. Es ist aber wahrscheinlicher, daß sich hier ein verfehlter Begriff eigene Inhalte sucht, die dann nicht mehr eingefangen werden können.

Sozialanwaltschaftliche Aufgaben. In Zeiten wachsender oder zumindest gleichbleibender Verteilungsmasse konnte Freie Wohlfahrtspflege an der Gestaltung des Sozialstaates relativ unbehindert teilnehmen. Ernst Benda hat diese Tätigkeit, die man als Sozialanwaltschaft bezeichnen kann, besonders deutlich für die Freie

Wohlfahrtspflege herausgearbeitet. Dieser Aufgabenbereich Freier Wohlfahrtspflege steht jedoch jetzt deutlich im Visier derer, die den Abbau von Sozialleistungen als „Umbau des Sozialstaates“ ausgeben. Aktuell für den Bereich sind insbesondere zwei Pilotprojekte, nämlich:

- die Reform des Bundessozialhilfegesetzes, mit der zumindest wesentliche Teile des bis jetzt weithin unbestrittenen Bedarfsdeckungsprinzips außer Kraft gesetzt werden, und
- die Reform des Asylbewerberleistungsgesetzes, mit der die schon vor zwei bis drei Jahren reduzierten Leistungen weiterhin reduziert werden sollen und bei der man damit rechnen kann, daß außer Kirchen und Wohlfahrtsverbänden keine wesentlichen anderen gesellschaftlichen Gruppierungen nachhaltigen Widerstand leisten werden.

Die besondere Aufgabe Freier Wohlfahrtspflege liegt in diesem Zusammenhang darin, immer wieder deutlich zu machen, daß die Sozialhilfe nicht durch systemimmanente Fehler aus dem Ruder gelaufen ist, sondern durch das Versagen der vorgelagerten Systeme (Arbeitsförderung, Kinderlastenausgleich, Wohnungswesen).

Agentur für Gemeinsinn und Gemeinwohlorientierung. Es ist weitgehend unumstritten, daß unserem Gemeinwesen die Gemeinwohlorientierung weitgehend verlorengegangen ist und weiterhin verloren zu gehen droht. Kritiker der Freien Wohlfahrtspflege sehen weniger deren immer noch bedeutende Leistung in der Organisation mitbürgerlicher Hilfsbereitschaft, sondern viel stärker Meinungsumfragen, wonach eben diese Hilfsbereitschaft immer mehr verlorengeht. Dafür wird der sogenannte „Wertewandel“ verantwortlich gemacht, also alles das, was mit den Stichworten Individualisierung der Lebensstile, Pluralisierung der Werte, Säkularisierung, Ökonomisierung, Technisierung beschrieben wird. Von Verbändeforschern und Gutachtern (z.B. dem Prognos Institut) wird den Wohlfahrtsverbänden ja unermüdlich nahegelegt, sich diesem Wandel anzupassen.
Angezeigt sein dürfte hier aber nicht Anpassung, sondern eindeutig Widerstand. Die Aufgabe dürfte es sein, die Entwicklung einer neuen Solidarität voranzutreiben. Das reicht bis hinein in die großen Sozialleistungssysteme. Es ist schwer erkennbar, wie diese sogenannten „Solidarsysteme“ ohne konkrete Solidarität funktionieren könnten.
Einige Ansätze gibt es dafür. Man könnte natürlich auf alte deutsche Entwicklungen z.B. auch im Genossenschaftsbereich zurückgreifen; praktischer und moderner ist es natürlich, auf Entwicklungen in Amerika hinzuweisen. Wenn es dann nützt, kann man als Orientierungspunkt durchaus den Kommunitarismus in Anspruch nehmen. Allerdings erfordern einige Beispiele des Wortführers dieser Richtung, Amitai Etzioni, mit dem Hinweis auf Bürgerwehren und Drogen-Abwehr-Wachen, daß bürgerliches

Engagement auch ganz bestimmter menschlich verbindender Inhalte bedarf, um im Sinne einer neuen Solidarität wirksam werden zu können.

Bezugspunkte für den Wert der Selbsthilfe für die Freie Wohlfahrtspflege

Leistungsanbieter. Der Wert der Selbsthilfe für die Freie Wohlfahrtspflege lag in der Vergangenheit unter anderem darin, daß fehlende oder unzulängliche Berücksichtigung der Lebensbedürfnisse von Klienten besser erkannt und teilweise abgestellt wurde. Der Gefährdung der Klientenorientierung durch die neuen Steuerungsinstrumente können Selbsthilfeimpulse besonders glaubwürdig entgegenwirken. Zwar dürfte inzwischen die Position geräumt sein, daß nur Betroffene in der Lage seien, ihre Situation zu definieren. Aber im Sinne partnerschaftlichen Definierens und Handelns bleiben sie unentbehrlich.

Besonders wichtig erscheinen mir Selbsthilfeimpulse, wenn es darum geht, die Stellung der Selbstverwaltung zu stärken. Da schon sehr viele Selbsthilfeinitiativen im Gesundheitsbereich tätig sind, können sie auch Beiträge zu einer lebensnahen Selbstverwaltung leisten. Es ist notwendig, daran Patientinnen und Patienten institutionalisiert zu beteiligen. Daher sollte bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung eine „Dritte Bank“ eingeführt werden, auf der Vertreterinnen und Vertreter der Patienten Platz nehmen können. Grundlage dieser Überlegung ist, daß die Rolle der Versicherten, die ja bereits in der Selbstverwaltung vertreten sind, eine strukturell grundlegend andere ist als die von Patientinnen und Patienten.

Aber auch Selbsthilfeinitiativen selbst treten ja in verschiedener Form als Anbieter auf und sind damit auch den Anforderungen der neuen Steuerungsinstrumente (insbesondere Leistungsbeschreibung und Qualitätssicherung) unterworfen. Gerade sie können wichtige Impulse für eine klientenbezogene Qualitätssicherung geben und die bisher sehr auf Profession orientierte Qualitätssicherung um eine wichtige Dimension ergänzen. Sie können da wichtige Korrekturen ansetzen, wo Qualitätssicherung einseitig durch Kosteneinsparüberlegungen oder Professionalisierungsstrategien bestimmt ist.

Rückschnitt von Sozialleistungen/Anwaltsfunktion. Es liegt im Wesen der Selbsthilfeimpulse, auch die Rahmenbedingungen für bestimmte Lebenslagen kritisch zu prüfen, politisch aktiv zu werden und ein Stück Sozialanwaltschaft wahrzunehmen. Die Bedeutung der Selbsthilfeorganisationen in diesem Feld hat Tradition und ist unübersehbar.

Notwendig werden jedoch höchstwahrscheinlich neue Kooperationsformen innerhalb der Selbsthilfebewegung und der Selbsthilfebewegung mit den traditionellen Trägern Freier Wohlfahrtspflege. Es ist nicht zu übersehen, daß der Schwerpunkt der

politischen Aktivitäten der Selbsthilfeorganisationen - ihrer Struktur entsprechend - beispielsweise bei der Dritten Stufe der Gesundheitsreform liegt, während sich die Betroffenheit im Feld der Sozialhilfe, insbesondere bei der Hilfe zum Lebensunterhalt, noch nicht so deutlich formiert und artikuliert hat.

Dabei ist freilich zu sehen, daß nicht nur bei der Sozialhilfereform, sondern auch bei allen Betrachtungen um die Aktivierung von Selbsthilfe und anderen Formen bürgerlichen Engagements Überlegungen und Handeln sehr stark bestimmt und überlagert werden von dem alles beherrschenden Problem wachsender Arbeitslosigkeit, insbesondere wachsender Langzeitarbeitslosigkeit. Es scheint mir höchst bemerkenswert, daß in einer kürzlich durchgeführten Tagung zum Thema „Soziales Engagement im Gemeinwesen“ Ulf Fink, dessen Markenzeichen ja einmal Anregungen und Beiträge zur Gestaltung von „Sozialzeit“ waren, auf diese Zusammenhänge gar nicht mehr zurückgriff, sondern nur noch das ungelöste Problem der Schaffung notwendiger Arbeitsplätze behandelte. Es ist natürlich schwer zu sehen, wie in diesem Zusammenhang Selbsthilfeinitiativen und die übrige organisierte Freie Wohlfahrtspflege wesentliche Impulse geben können. Auf eine qualifizierte Wächter- und Mahnerrolle sollten sie aber nicht verzichten.

Zu unterstreichen ist, was in den Unterlagen für diese Tagung hier in Suhl (vgl. Tischvorlage S. 11) formuliert worden ist: „Selbsthilfe ergänzt das staatliche Sozial- und Gesundheitssystem, macht Versorgungslücken deutlich und aktiviert neue und qualitativ andere Potentiale als das professionelle Hilfesystem. Damit ist Selbsthilfe kritischer Begleiter des Sozialstaates, setzt innovative Impulse, fördert die Artikulation und Interessenswahrnehmung von Konsumenten. Selbsthilfe trägt auch zur Partizipation und Identifikation der Bürger bei.“

Wiedergewinnung von Gemeinwohlorientierung. Es scheint Einvernehmen darüber zu bestehen, daß:

- ein Gemeinwesen, das diesen Namen verdient, deutlich durch Gemeinsinn geprägt sein müßte;
- Gemeinsinn ausreichend vorhanden ist, aber nicht „abgeholt“ wird;
- keine neue Institution am Horizont erkennbar ist, die dieses leisten könnte, und deshalb
- vorerst nichts anderes bleibt, als das Vernünftige im Vorhandenen zu suchen und zu realisieren. (Vgl. 100. Bergedorfer Gespräch: „Wieviel Gemeinsinn braucht eine liberale Gesellschaft?“)

Die „klassische“ Selbsthilfe war ich-bezogen; mit Gemeinwohlorientierung hatte sie nicht viel im Sinn. Diese müßte sie aber haben, wenn sie die neuen Impulse, um die sich Wohlfahrtsverbände und Politik bemühen, mittragen möchte und Anschluß an

neue soziale Entwicklungen behalten möchte. Selbsthilfe müßte dann einen Beitrag zu „Sozialengagement als Lebensstil“ (Thomas Olk) leisten. Selbsthilfe könnte auch ein Korrektiv sein, um das Modethema, „die Ehrenamtlichkeit“, in die richtigen Bahnen zu lenken.

Zusammenfassende Bemerkung

Es erscheint möglich und angezeigt, „Selbsthilfe als „eigennützige“ Quelle gesellschaftlicher Solidarität“ (Heiner Keup) weiterzuentwickeln. Nicht als Zustandsbeschreibung, wohl aber als Appell kann aufgegriffen werden: „In Selbsthilfezusammenschlüssen sind die Menschen vertreten, die über Beteiligungskompetenzen verfügen, die bereit sind, Verantwortung für sich selbst und andere zu übernehmen, und die als Multiplikatoren für die Prinzipien der Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit wirken“. (Birgit Moos-Hofius, „Beteiligungspotentiale durch Selbsthilfe und Selbstorganisation“, Selbsthilfegruppen-Nachrichten 1995, S. 46.)

8. Diskussion im Plenum

Moderatorin: Dr. Ute Gebhardt, Erfurt

Gebhardt: Die Zeit ist schon weit fortgeschritten. Dennoch sollten wir eine kurze Diskussion einschieben. Ich schlage vor, daß wir jeweils drei bis vier Fragen sammeln, vielleicht in ein oder zwei Blöcken, auf die dann zusammen mit kurzen Statements geantwortet wird.

Picard: Herr Dörrie, Sie haben das Thema „Parität" angesprochen und haben gesagt, die Patienten werden nicht vertreten. Bisher ist mir das nicht aufgefallen. Versicherte sind auch potentielle Patienten und umgekehrt. Von daher gibt die „Parität" das schon her, was Ihnen am Herzen liegt. Sie haben außerdem das Thema „Verwaltungskosten" angesprochen. Wenn Ihre Rechnung richtig wäre, würde ich kein Gehalt bekommen, weil nichts mehr übrig bliebe für Werbung. Also, Ihre Rechnung geht nicht auf. Doch nun zu meiner Frage: Können Sie exakt sagen, wieviel Verwaltungskosten die Freien Wohlfahrtsverbände für ihre Maßnahmen ausgeben, insbesondere für die Postwurfsendungen, die man mehrmals im Jahr bekommt?

Wenig: Mein Name ist Manfred Wenig, ich komme vom Bundesverband der Innungskrankenkassen. Die Ausführungen von Herrn Dörrie haben mich irritiert, ich habe das überhaupt nicht verstanden. Ausgaben für den Wettbewerb sozialer Arbeit sind Aufgabe der Freien Wohlfahrtspflege. Krankenkassen haben aber auch soziale Dienste, machen auch Sozialarbeit. Versichertenvertreter sind keine Selbsthilfevertreter, und das könnte man so fortsetzen. Das ist jetzt zwar eine Retourkutsche, aber was für uns ärgerlich und irritierend ist, das ist die Konkurrenz und der Wettbewerb, durch die wir überhaupt nicht mehr durchfinden. Behindertenverbände und Behindertenorganisationen nehmen für sich in Anspruch, sie seien Sozialanwälte der paritätischen Macht. Es gibt eine Vielzahl von Organisationen. Der VDK Deutschland schreibt uns an, der Reichsbund schreibt uns an, sie wären die klassischen Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfevertreter. Auf einmal, wenn es Mittel gibt, nehmen alle für sich in Anspruch, klassische Behindertenorganisationen, Selbsthilfeorganisationen zu sein. Wir haben Schwierigkeiten zu klären, wer denn nun eigentlich unser Ansprechpartner ist.

Müller-Grohotolsky: Ich komme aus Österreich und bin Vorsitzende eines Dachverbandes von Selbsthilfegruppen in Kärnten. Ich möchte einen Beitrag zu der Vertretung von sogenannten Versicherten, wir sprechen von Vertretung von Patientinnen und Patienten, in der sozialen Krankenversicherung geben. In vielen

Bereichen sind wir in Österreich noch sehr rückständig, und ich kann zur Entwicklung oder zur Förderung oder auch zur Diskussion dessen nicht sehr viel beitragen. Aber einen Beitrag kann ich leisten, kann sagen, wo wir ein bißchen weiter sind, und zwar in zwei Fällen: Zum einen wurde bei der 50. ASVG-Novelle, das ist die gesetzliche Grundlage für die sozialen Krankenversicherungen, vor zwei Jahren die Patientenvertretung gesetzlich geregelt. Es gibt bei allen sozialen Krankenversicherungen einen sogenannten Beirat. Dort sind paritätisch die Arbeitgeberorganisationen, die Arbeitnehmerorganisationen, die Versicherten und Patienten vertreten. Wir sind noch nicht ganz glücklich mit dem Begriff der Patientinnen und Patienten. Sie werden auch Pflegegeldbezieher genannt. Das sind die Organisationen, die sich in Österreich anscheinend ein bißchen schneller vernetzt haben als in Deutschland, das sind die Patienten und die Behindertenorganisationen. Besetzt werden zum Großteil die Beiräte mit Vertretern von Behindertenorganisationen. Aber im Gesetz steht auch, daß Vertreter der Behindertenorganisationen mit Selbsthilfegruppen und deren Vertretern unbedingt Kontakt halten müssen. Das hätten wir gerne geändert, aber zumindest gibt es eine gesetzliche Grundlage.

Nun zur Vernetzung. In Österreich gibt es ja viel weniger Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Aber die Vernetzung funktioniert ein bißchen besser als in Deutschland. Wir gehen davon aus, daß das ein Beitrag ist, um auf die Gesetzgebung Einfluß nehmen zu können. Um also hier den Begriff des „Empowerment“ zu strapazieren - unter Anführungszeichen -, da denke ich, daß uns dies in den einzelnen Bundesländern, den einzelnen Städten ein bißchen besser gelungen ist, zumal wir auch von einem politischen Begriff der Vernetzung ausgehen.

Gebhardt: Schönen Dank! Sind im Moment jetzt erst mal noch Fragen zu den beiden Vorträgen, die wir eben gehört haben? Bitte doch relativ kurze Fragen zu den Vorträgen.

Fischer: Ich habe eine Frage zu der mich auch wirklich sehr beeindruckenden Zahl von 2,6 Millionen Menschen, die in Selbsthilfegruppen organisiert sind. Ich wüßte gerne, wie diese Zahl berechnet wurde. Handelt es sich hierbei um eine Hochrechnung?

Gebhardt: Gut, machen wir vielleicht an dieser Stelle mal eine kurze Zäsur.

Braun: Es ist eine Hochrechnung, die auf jeweils zwei Selbsthilfegruppenbefragungen basiert. Einmal im Osten, einmal im Westen. Wir haben im Osten in den Jahren 1993

und 1995 und zusätzlich noch eine ergänzende Befragung in Brandenburg von 700 Gruppen durchgeführt. Aufgrund dieser Selbsthilfegruppenbefragungen konnten wir sehr differenzierte Angaben über die Mitgliederzahl gewinnen und hatten andererseits auf der Basis der Information über Selbsthilfekontaktstellen Angaben, wie viele Gruppen es insgesamt gibt. Denn die Frage, wie viele Gruppen es gibt, kann Ihnen derzeit niemand genau beantworten. Die einzige uns halbwegs solide erscheinende Informationsbasis sind Selbsthilfekontaktstellen, die in ihren Städten oder Kreisen das am ehesten beurteilen können. Die Berechnung war eher konservativ, es gibt immer noch weitere Bereiche, die Sie hinzurechnen könnten, z.B im Bereich Ökologie oder bei vielen Initiativen, auch Fraueninitiativen. Nicht alle Gruppen und Initiativen werden von den Kontaktstellen unterstützt. Es ist also anzunehmen, daß die Zahl der Gruppen und Initiativen noch höher liegt.

Gebhardt: Herr Dörrie, ich möchte auch Ihnen die Möglichkeit zur Beantwortung der gestellten Fragen geben.

Dörrie: Ich möchte zu den folgenden vier Punkten etwas sagen: Erstens: Ich bin für Partnerschaft zwischen Gremien und Flügeln. Aber diese Partnerschaft muß deutlich sein. Die Frage der Bänke in der Selbstverwaltung ist nicht meine Erfindung, sondern die kommt auch aus anderen Bereichen. Daß eben chronisch Kranke, Behinderte und kranke Menschen sich nicht ausreichend dort wiedergefunden haben. Zweitens: Es lag mir gar nicht daran, Verwaltungskosten zu polemisieren - hier waren sie dargestellt als Werbungskosten -, sondern es ging mir darum, die Relation herzustellen. Und um Zahlen zu sagen, wie welche Bereiche gehandelt werden. Ich könnte genausogut die Krankenhäuser nehmen als Vergleich. Drittens: Also wie hoch die Verwaltungskosten der Wohlfahrtsverbände beim Versand sind, weiß ich nicht. Bei uns im Haus, wir haben es ausgerechnet, sind es fünf Prozent für Projekte und ähnliches. Das weist unser Haushalt aus. Viertens: Das ist ein grundlegendes Mißverständnis gewesen. Ich habe nicht gesagt, daß die Krankenkassen die „sprechende Medizin“ verlassen, sondern im Gegenteil, sie bewegen sich darauf zu. So sind die Abschlüsse im Moment. Meine Kritik liegt darin begründet, daß mit der Pflegeversicherung im Moment der andere Weg gegangen wird, nämlich daß Leistungen in einer Art und Weise aufgelistet werden, daß sie zwar bestreitbar sind, vielleicht auch berechenbar, aber das, was man als Ganzheit von Pflege versteht, möglicherweise nicht umsetzbar ist. Auf jeden Fall, die Krankenkassen und ihre Partner befinden sich auf dem Weg zur „sprechenden Medizin“.

Gebhardt: Ich denke, das war sehr deutlich. Vielleicht noch zwei kurze Fragen, aber es gibt auch nach den nächsten Vorträgen noch Gelegenheit.

Nachtigäller: Mein Name ist Nachtigäller, ich bin der Bundesgeschäftsführer der BAGH, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, der Dachorganisation, die bereits als Dachorganisation von Verbänden psychisch Kranker, Körperbehinderter, geistig Behinderter und chronisch kranker Menschen mit über 750.000 Einzelmitgliedern in über 70 Verbänden erwähnt worden ist. Meine erste Bemerkung bezieht sich auf die Tischvorlage und den Beitrag, den wir gerade von Herrn Braun gehört haben. Sie haben dort die verschiedenen Formen der Selbsthilfe dargestellt und definiert. Sie haben unterschieden in drei Gruppen: Selbsthilfegruppen von Betroffenen (Typ 1), außenorientierte Selbsthilfegruppen (Typ 2) und Selbsthilfeinitiativen (Typ 3). Mir würde es besser gefallen, wenn wir in der Weise verfahren, wie wir es im Referat von Herrn von Ferber gehört haben, nämlich indem wir von binnenorientierten Selbsthilfegruppen, von außenorientierten Selbsthilfegruppen und von Selbsthilfeinitiativen sprechen. Der Unterschied ist der, daß es sich beim Typ 2 selbstverständlich auch um Selbsthilfegruppen von Betroffenen handelt. Ich empfinde es als problematisch, wenn die außenorientierten Selbsthilfegruppen hier nicht mit diesem außerordentlich wichtigen Merkmal von Betroffenen versehen werden. Der entscheidende Unterschied ist die Binnen- bzw. Außenorientierung.

Zweite Bemerkung: Die Frage der politischen Interessenvertretung im Hinblick auf das, was Herr Dörrie angesprochen hat. Ich habe Herrn Dörrie auch so verstanden, daß die politische Interessenvertretung in erster Linie bei den Selbsthilfeverbänden liegt, und ich komme durchaus damit zurecht, wenn er sagt: Die Freie Wohlfahrtspflege befaßt sich mit sozialen Fragen und versteht sich als Anwalt gegen globale Angriffe auf den Sozialstaat. Er hat ausdrücklich das Thema Sozialabbau genannt und Beispiele genannt, wie die BHG-Änderungen. So ist eine Abgrenzung denkbar, wobei wir ja gelegentlich auch Überschneidungen und damit auch unsere Probleme haben, die ich nicht verschweigen will. Daß die politische Interessenvertretung bei Selbsthilfeverbänden bleiben muß, liegt darin, daß sie die Legitimation und die Kompetenz haben.

Drittens: Auch die Mitwirkung in der Selbstverwaltung gehört dazu. Minister Seehofer hat ausdrücklich gesagt, die Selbstverwaltung muß gestärkt werden. Er vermißt da die Betroffenen dabei. Wir möchten das prinzipiell ganz gerne selber machen, sehen uns aber bislang nicht hinreichend repräsentiert. Es ist eine andere politische Frage, ob die Selbstverwaltung alle die Sünden auszubaden hat, die die Politik nicht lösen kann. Dies ist aber ein anderes Thema.

Gebhardt: Vielen Dank, ich möchte zuerst Herrn Braun bitten, die Fragen zu beantworten.

Braun: Zumindest eine kurze Antwort auf die Diskussion über die Selbsthilfegruppen-Typen. Es besteht kein Unterschied zwischen dem, was Herr von Ferber und ich vorgetragen haben. Der Grundsatz ist die Innen- und Außenorientierung. Die Außenorientierung ist nicht per Definition festgelegt. Fakt ist, daß in außenorientierten Gruppen auch oftmals bis zu 50 und mehr Prozent Personen sind, die nicht Betroffene sind, die aber in dieser Gruppe mitarbeiten. Unsere Etiketten, die wir gebildet haben, sind Beschreibungen von empirischen Substraten und sind nicht von vorab definierten Normen abgeleitet, hinter denen wir einzelne Sachen sortieren. Hierin liegt der Unterschied. Ich wollte in aller Kürze auf diesen Aspekt hinweisen, ich denke, wir werden noch Gelegenheit haben, dieses Thema weiter zu vertiefen. Es ist in der Tat sehr wichtig, wie man Selbsthilfe versteht.

Dörrie: Es geht offenbar noch einmal um das Prinzip der Außenvertretung. Ich denke, Herr Nachtigäller, da sind wir im Grundsatz auf einer Linie. Daß jeder das macht, was er am besten kann, und wenn ich hier von der Sozialanwaltschaft der Wohlfahrtsverbände sprach, dann habe ich das für nützlich gehalten, daß hier bestimmte Positionen verstärkt worden sind. So sind wir in den Verhandlungen gewesen, und ich denke, das kann auch so bleiben. Es gibt allerdings hier Positionen, die zu meinem Bedauern wenig von direkt Betroffenen vertreten werden. Das habe ich angesprochen. Vielleicht ist es für unser heutiges Thema nur ein Randphänomen, etwa beim Asylbewerberleistungsgesetz. Da gibt es Gesetzesbereiche, in denen nur wenige Stimmen überhaupt zu vernehmen sind, z.B. von den Kirchen oder den Wohlfahrts-verbänden.

9. Selbsthilfeförderung unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten

Welche Leistungen erbringen Selbsthilfe-Initiativen für die betroffenen Menschen und für das Gemeinwesen? Was sind diese Leistungen eigentlich wert? Was bewirken Selbsthilfe-Initiativen hinsichtlich einer Verbesserung der Qualität unserer gesundheitlichen und sozialen Versorgung? Wieviel kosten Selbsthilfe-Initiativen wirklich? Diesen Fragen hat sich - angestoßen durch das Selbsthilfezentrum München - eine Arbeitsgruppe von engagierten Menschen aus der Selbsthilfeszene, Forschern und MitarbeiterInnen aus der Verwaltung gestellt und sie untersucht. Fragen, die immer wieder in der politischen Diskussion um die Förderung von Selbsthilfe-Initiativen auftauchen und für Zündstoff sorgen.

Ich habe für meinen heutigen Vortrag die zentralen Ergebnisse dieser für Deutschland einzigartigen Untersuchung zusammengefaßt. Auch wenn die Zahlen und Schlußfolgerungen auf den ersten Blick etwas „trocken“ erscheinen: Wir sind überzeugt, daß diese Ergebnisse den Wert der Selbsthilfe für die politische Diskussion deutlich machen - nicht nur für München, sondern auch für andere Städte, Gemeinden und Länder.

Die Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen hat sich in den letzten zehn Jahren zu einer der zentralen Säulen der Hilfen im Sozial- und Gesundheitsbereich entwickelt. Selbsthilfe-Initiativen unterstützen die Versorgung und Rehabilitation chronisch kranker Menschen. Sie ermöglichen die gegenseitige Hilfe für Menschen mit psychischen oder sozialen Problemen. Sie organisieren die Betreuung von Kindern auf gegenseitiger Basis, organisieren vielfältige Informationsveranstaltungen und sind vorbeugend und aufklärend bezüglich verschiedener sozialer und gesundheitlicher Themen tätig. Sie stellen auch für professionelle Hilfeangebote eine wichtige Ergänzung dar, beraten Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich über die Bedürfnisse von Betroffenen und geben wichtige Hinweise für Planung und Politik in der Kommune. Dieser Katalog ist nur ein Teil der Tätigkeiten und Arbeitsbereiche, die Selbsthilfe-Initiativen - zum großen Teil ehrenamtlich - für Betroffene und interessierte Bürger und Bürgerinnen erbringen.

Vor dem Hintergrund kontroverser Debatten in kommunalen und überregionalen Zusammenhängen über die Finanzierung und den Wert von Selbsthilfe-Initiativen entschlossen wir uns, uns mit der Frage der Bewertung der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen genauer zu befassen. Wir wählten dabei das Beispiel München, weil hier seit Jahren eine ausformulierte Förderpolitik der Stadt für Selbsthilfe-Initiativen für entsprechende Rahmenbedingungen sorgt, die Zahl der Selbsthilfe-Initiativen eine Untersuchung dieser Art methodisch erleichtert und durch den guten Zugang zu den

Selbsthilfe-Initiativen eine hohe Teilnahmebereitschaft der Gruppen an der Untersuchung gewährleistet war.
Das Sozialreferat der Stadt München, die AOK München und das Bundesministerium für Familie und Senioren fanden diese Fragen ebenso interessant wie wir und gewährten uns einen finanziellen Zuschuß. Zur Beantwortung dieser Fragen gründeten wir eine Arbeitsgruppe. Dabei haben wir darauf geachtet, Fachleute aus Universitäten und Fachhochschulen ebenso einzubeziehen wie ExpertInnen aus der Initiativenszene und der Stadtverwaltung.
Bisher ist der Bereich Selbsthilfe sehr unterschiedlich beurteilt worden; der Wert gegenseitiger Hilfe für die Mitglieder von Selbsthilfe-Initiativen wurde vor allem darin gesehen, daß Menschen mit chronischen Leiden oder in besonderen Problemlagen sich darin unterstützen, ihre Situation besser zu bewältigen. Anerkannt wurde dabei zwar das hohe persönliche Engagement der Menschen; daß diese Leistungen aber nicht nur umsonst zu haben sind, hat in den letzten Jahren immer wieder zu hitzigen Debatten geführt. Die Arbeit in Selbsthilfe-Initiativen kostet den dort engagierten Menschen nicht nur Zeit, sondern häufig genug auch Geld - mehr Telefonkosten, mehr Fahrtkosten und vieles andere mehr.
Uns war es wichtig, mit dieser Untersuchung die zweite, weitgehend unbeleuchtete Hälfte der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen ins Licht zu rücken: welchen sozialpolitischen und wirtschaftlichen Nutzen haben Selbsthilfe-Initiativen - welche Leistungen bekommen die Stadt München und das Sozial- und Gesundheitssystem durch Selbsthilfe und Eigeninitiative?
Der Versuch, diese Fragen zu beantworten, erzeugt erst einmal neue Fragen: Wie kann man diesen vielfältigen und unübersichtlichen Bereich gegenseitiger Hilfe und sozialen Engagements eigentlich beurteilen oder überhaupt bewerten? Sind Selbsthilfe-Initiativen „lediglich“ Beispiele dafür, wie Menschen problematische Situationen bewältigen, sich selbst helfen und ihre eigenen Lebensbedingungen verbessern? Finden sich hier - durchaus erfreuliche - Beispiele gegenseitiger Hilfe und Unterstützung, die in unserer modernen Welt immer seltener geworden sind? Oder steckt da noch mehr dahinter? Ist Selbsthilfe und gegenseitige Hilfe tatsächlich auch „ihr Geld wert“? Welche Wirkungen hat die Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen eigentlich insgesamt betrachtet auf die soziale und gesundheitliche Versorgung?

9.1 Evaluation und Bewertung des Selbsthilfebereichs

Selbsthilfe-Initiativen haben sich im Zuge der sozialen Differenzierung als eine Sozialform herausgebildet, die man zwischen dem informellen Bereich und den bekannten intermediären Organisationen einordnen kann (vgl. Wex 1995). Die

Variationsbreite und die weitere Zunahme der Zahl von Selbsthilfe-Initiativen im Gesundheits- und Sozialbereich lassen erkennen, daß es sich dabei um eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung, nicht um Einzelfälle handelt. Damit ergeben sich sowohl aus theoretisch-wissenschaftlicher als auch aus anwendungsorientierter Sicht wichtige Gründe, die Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen zu untersuchen. Sozialwissenschaftlich ist von Interesse, Eigenart und Bedeutung von Selbsthilfe-Initiativen im Prozeß der sozialen Differenzierung auszuloten. Für eine anwendungsorientierte Sozialpolitik, d.h. für die Bewältigung aktueller Probleme und die mittel- und langfristige Sozialplanung, ist es angesichts des fortschreitenden Problem- und Kostendrucks von erheblichem Interesse, welche Aufgaben Selbsthilfe-Initiativen als neue Ressourcen und Dienstleister im Gefüge des Systems sozialer Hilfen übernehmen können und wie ihr Verhältnis zu den bestehenden sozialen Einrichtungen zugunsten besserer Problembewältigung gestaltet werden kann.

Bisher ist der Bereich Selbsthilfe von ForscherInnen, PraktikerInnen und SozialpolitikerInnen eher nach den ideellen, qualitativen Werten für die Mitglieder von Selbsthilfe-Initiativen und nach dem hohen persönlichen Engagement der einzelnen Personen beurteilt worden. Damit wurden die zentralen Ziele und Wirkungsweisen der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen untersucht - bei genauerer Betrachtung stellen sie jedoch nur einen Teil der positiven Wirkungen von Selbsthilfe und Eigeninitiative dar. Wir hielten es daher - vor allem auch vor dem Hintergrund aktueller sozialpolitischer Diskussionen über Effektivität und Effizienz sozialer Arbeit - im Rahmen dieser Studie für wichtig, die weitgehend unbeleuchtete Hälfte der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen ins Licht zu rücken: die volkswirtschaftlichen und sozialpolitischen Effekte von Selbsthilfe und Eigeninitiative.

Als sozialwissenschaftliches Untersuchungsfeld sind Selbsthilfe-Initiativen nicht neu: Die Auswirkungen von Selbsthilfe-Initiativen auf die Symptomatik, das individuelle Wohlbefinden und die soziale Situation gesundheitlich oder psychisch eingeschränkter Menschen ist Mitte der 80er Jahre in einigen Studien ausführlich untersucht worden (vgl. Trojan 1986 u. Kaufmann 1987). Über die sozial- und gesellschaftspolitischen Effekte wurden in diesem Zusammenhang jedoch nur allgemeine Aussagen und Annahmen getroffen (vgl. Trojan 1986 u. Fuß/ Stark 1988). Auch US-amerikanische Studien konzentrierten sich bisher vor allem darauf, die Phänomene und Prozesse gegenseitiger Unterstützung und Hilfe im Rahmen von Selbsthilfe-Initiativen in Abgrenzung zu professionellen Hilfeformen zu untersuchen und zu verstehen (vgl. Powell 1994) und die Auswirkungen auf Mitglieder von Selbsthilfe-Initiativen zu evaluieren (zur Übersicht: Humphreys/ Rappaport 1994).

Studien über den ökonomischen Wert der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen wurden bislang nur selten vorgenommen. Es existieren in der Literatur zwar einige

Stellungnahmen zum ökonomischen Wert von Selbsthilfe-Initiativen: hier wird der Wert jedoch nicht errechnet, sondern auf der Grundlage sozialpolitischer Überlegungen gesetzt (vgl. Vobruba 1991/ Halves/ Trojan u. Wetendorf 1988). Die Abstinenz gegenüber ökonomischen Kosten-Nutzen-Studien wird dabei häufig mit dem Argument begründet, daß sich psychosoziale und soziokulturelle Faktoren und Wirkungen kaum in rein quantitativen Einkommensgrößen erfassen lassen (vgl. Koschwald 1981). Diese sehr grundsätzliche Argumentation hat dazu geführt, daß allgemein im Bereich sozialer Arbeit die Frage nach der Effektivität und Effizienz von sozialen Einrichtungen und der dafür eingesetzten Gelder nur selten gestellt und kaum der Versuch einer empirisch begründeten Beantwortung unternommen wurde.

Dabei müßte sich der Sozialbereich bezüglich seiner ökonomischen Effekte nicht verstecken: die wenigen Untersuchungen über die wirtschaftliche Bedeutung sozialer Arbeit haben bislang den Nachweis erstaunlicher Nutzeffekte des Sozialbereichs erbracht (vgl. Landeshauptstadt München 1990). In diesem Zusammenhang sind auch Selbsthilfe-Initiativen im Gesundheits- und Sozialbereich als bedeutender Wirtschaftsfaktor zu betrachten. Die bislang einzige deutsche Studie, in der Kosten-Nutzen-Effekte des Selbsthilfebereichs errechnet wurden, hat Joseph Huber in seiner Untersuchung des „Berliner Modells“ der Selbsthilfeförderung durchgeführt (vgl. Huber 1987). Diese Studie untersuchte jedoch lediglich illustrativ verschiedene Bereiche selbstorganisierter Projekte und sozialer Arbeit, bezog sich nicht auf eine (wie in München) ausformulierte Förderpolitik und beschäftigte sich vor allem mit der Beschreibung des Phänomens der „neuen Helfer“ im Selbsthilfebereich.

Um den nach wie vor wachsenden Bereich der Selbsthilfe-Initiativen in seinen aktuellen Auswirkungen für eine planende und vorausschauende Gesundheits- und Sozialpolitik öffentlicher (Bund, Länder, Kommunen, Krankenkassen) und freier Träger einschätzen zu können, sind Informationen über die ökonomischen Aspekte der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen ebensowichtig wie die Analyse ihrer qualitativen sozial- und gesundheitspolitischen Wirkungen. Die Interessen für eine Bewertung dieser Art liegen dabei:

- bei den Selbsthilfe-Initiativen selbst darin, den Wert der eigenen, bislang weitgehend im Verborgenen und der informellen Sphäre geleisteten Arbeit (gegenseitige Hilfeleistungen, Erfahrungsaustausch, Öffentlichkeitsarbeit etc.) anhand allgemein anerkannter Kriterien zu erkennen und einzuschätzen und damit die Bedeutung dieses Bereichs (sozial)politisch zu stärken;
- bei den Geldgebern der öffentlichen Hand (v.a. Kommunen, aber auch zunehmend Bund, Länder und Krankenkassen) vor allem in den Fragen „Lohnt sich die Förderung von Selbsthilfe-Initiativen hinsichtlich der damit erzielten

sozial- und gesundheitspolitischen Wirkungen?“ und „Sind die Zuschüsse auch effizient, d.h. wirtschaftlich sinnvoll angelegt?“.

Diese Interessen sind nicht automatisch deckungsgleich. So können Evaluationsstudien dieser Art leicht als Kontrollinstrument der Zuschußgeber gegenüber den -empfängern ge- und mißbraucht werden - in der Tat dürfte dies relativ häufig auch der Fall sein (vgl. dazu Beywl 1988). Auf der anderen Seite können die Interessen der Initiativen oberflächlich allzu schnell in Richtung eines „Gefälligkeitsgutachtens“ gehen, bei dem die Ergebnisse von vornherein gesetzt sind. Es ist daher notwendig, will man diese Einseitigkeiten in den Erwartungen und den Ergebnissen vermeiden, nicht nur die grundsätzlichen Bewertungskriterien (ökonomisch und sozialpolitisch) zu kombinieren, sondern auch die jeweiligen Interessenslagen in die Planung einer solchen Studie mit einzubeziehen und zu diskutieren.

9.2 Ziele und Fragestellungen

Die Studie hatte zum Ziel, sowohl den quantitativen (ökonomischen) als auch den qualitativen (sozialpolitischen) Wert des Selbsthilfebereichs am Beispiel der Selbsthilfeförderung der Landeshauptstadt München genauer zu untersuchen. Dies bedeutet die Analyse der tatsächlichen und potentiellen Wirkungen der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen auf die gesundheitliche und soziale Versorgung, wie auch der ökonomischen Effekte der Arbeit und der Förderung von Selbsthilfe-Initiativen.

Will man versuchen, Kosten und Nutzen von Selbsthilfe-Initiativen qualitativ und quantitativ einander gegenüberzustellen, so ist folgendes zu berücksichtigen:

- Die Auswirkungen der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen entsprechen nicht ausschließlich Geldbewegungen und sind damit nur teilweise quantifizierbar.
- Auch bei der Analyse quantifizierbarer Größen kann nicht die Einsparung aktueller Kosten errechnet werden, sondern lediglich die Entlastung von zukünftig drohenden Kosten.

Die einfache Frage, ob Selbsthilfe-Initiativen teurer oder billiger sind als professionelle Dienste, ist daher ebensowenig direkt zu beantworten wie die Frage, inwieweit Selbsthilfe-Initiativen Geld sparen. Dennoch können aufgrund dieser Analyseform - kombiniert mit qualitativ-fachlichen Erkenntnissen - Einschätzungen hinsichtlich des gesellschaftlichen und sozialpolitischen Werts von Selbsthilfe und Eigeninitiative getroffen werden, die eine wichtige Grundlage für mittel- und langfristige Planungen im Sozial- und Gesundheitsbereich darstellen.

Die Analyse der Kosten-Nutzen-Effekte des Selbsthilfebereichs am Beispiel München betritt in dieser Form Neuland mit einer quantitativen und qualitativen Bewertung eines in den letzten Jahren sozialpolitisch wichtig gewordenen Teils sozialer und

gesundheitlicher Versorgung. Obwohl die hier verwendeten Daten am Beispiel der Selbsthilfeförderung der Landeshauptstadt München erhoben wurden, kann die Studie durch ihren Modellcharakter auch bundesweit Bedeutung erlangen und wertvolle Hinweise und Anregungen für ähnliche Untersuchungen in anderen Kommunen, auf überregionaler Basis oder auch in anderen Bereichen sozialer Arbeit liefern.

Gemäß ihrer Zielsetzung beinhaltete die Studie zwei zentrale Teile: Die sozialpolitische Wirkungsanalyse untersuchte vor allem die Frage, inwieweit Selbsthilfe-Initiativen in der Lage sind, problemangemessene und bedürfnisnahe Hilfeformen bei neuen und/oder alternative Bewältigungsstrategien bei traditionellen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen zu entwickeln. Von besonderem Interesse war außerdem der (sozialpolitische) Einfluß von Selbsthilfe-Initiativen als Modernisierungsagentur für traditionelle professionelle Muster der Bearbeitung sozialer und gesundheitlicher Probleme.

Im Rahmen eines ökonomischen Kosten-Nutzen-Vergleichs wurden einerseits die durch den Selbsthilfebereich ausgelösten kommunalwirtschaftlichen Nutzeffekte (sog. Rückflußeffekte) untersucht. Von besonderem Interesse waren allerdings die Fragen, wie der Umfang der Leistungen der Initiativen im Rahmen ihrer Arbeit einzuschätzen ist und welche volkswirtschaftlichen Auswirkungen die Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen haben könnte.

Die konkreten Fragestellungen im einzelnen:

1. Was kostet die Förderung von Selbsthilfe-Initiativen wirklich? Analyse der ökonomischen Rückflußeffekte und Beschäftigungswirkungen der Tätigkeit von Selbsthilfe-Initiativen bezüglich der Landeshauptstadt München und der öffentlichen Haushalte der Bundesrepublik Deutschland.
2. Welche zusätzlichen Mehrleistungen werden durch die Förderung des Selbsthilfebereichs ausgelöst? Analyse des ökonomischen Werts der unbezahlten produktiven Freiwilligenarbeit im Rahmen der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen.
3. Welche volkswirtschaftlichen Wirkungen hat die Tätigkeit von Selbsthilfe-Initiativen? Ökonomische Wirkungen der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen anhand ausgewählter Beispiele von Eltern-Kind-Initiativen, im Bereich psychosozialer Probleme (Münchner Angst Selbsthilfe (MASH) und bei Gruppen chronisch Kranker (Kehlkopflose, Multiple Sklerose).
4. Welche sozialpolitischen Wirkungsweisen lassen sich aufgrund der Aktivitäten und Entwicklungen von Selbsthilfe-Initiativen erkennen?

Auf der Basis einer Verlaufsanalyse der quantitativen und inhaltlichen Entwicklung der Selbsthilfe-Initiativen in München wurden hier folgende Fragen beantwortet:

(a) Welche Probleme werden von Selbsthilfe-Initiativen aufgenommen und bearbeitet? Welche Formen der Problembewältigung entwickeln Selbsthilfe-Initiativen? Was tragen Selbsthilfe-Initiativen zur Versorgung gesundheitlicher und psychosozialer Probleme bei?
(b) Welche Erfahrungen und Erträge ergeben sich aus der Sicht der Selbsthilfe-Initiativen?
(c) Wie wirkt die Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen auf die traditionellen Einrichtungen psychosozialer Arbeit?

9.3 Rahmenbedingungen der Studie

Nach Einschätzung des Selbsthilfezentrums München gibt es in München über 1.200 Selbsthilfe-Initiativen (SHI). Die Formen, in denen diese Selbsthilfeaktivitäten stattfinden, sind sehr unterschiedlich. So gibt es Gesprächsgruppen, Nachbarschaftshilfen, Bürgerinitiativen und selbstorganisierte Projekte (hier zusammengefaßt als Selbsthilfe-Initiativen (SHI)). Thematisch konzentrieren sich diese Gruppierungen auf die Bereiche Soziales, psychische Probleme, Gesundheit/Behinderung, AusländerInnen, Eltern-Kind-Initiativen, Stadtteil/Wohnumfeld, Umwelt.
Selbsthilfe-Initiativen werden seit 1985 in München finanziell unterstützt. Die „Selbsthilfeförderung der Landeshauptstadt München“ versteht sich als Anschubfinanzierung, die in der Regel über max. drei Jahre gewährt wird. Nach Ablauf dieser Zeit wird geprüft, inwieweit die SHI die Voraussetzungen für die Übernahme in die sog. „Regelförderung“ in München erfüllt.
Nur etwa ein Sechstel der in München aktiven SHI erhält eine finanzielle Förderung durch die Stadt; der weitaus größte Teil der SHI Münchens wünscht, benötigt oder bekommt keine städtischen Zuschüsse. Die neben der städtischen Förderung möglichen Zuschüsse aus anderen Quellen sind einerseits relativ niedrig (Freistaat Bayern) oder werden andererseits nur punktuell gewährt (Krankenkassen, Stiftungen o.ä.).
Daher wurde - betrachtet man das gesamte Spektrum der Selbsthilfe-Initiativen und -aktivitäten - nur ein kleiner, aber u.E. repräsentativer Teil der Münchner Selbsthilfelandschaft in die Untersuchung einbezogen. Die Beschränkung auf die im Jahre 1992 durch die städtische Selbsthilfeförderung bezuschußten Initiativen ergibt sich auch aus der übergeordneten Fragestellung der Studie: Welchen Nutzen erbringt die öffentliche Förderung von Selbsthilfe-Initiativen für das Gemeinwesen in München?

9.4 Methodisches Vorgehen

Kosten-Nutzen-Analyse der städtischen Zuschüsse an Selbsthilfe-Initiativen

Um der Analyse möglichst vergleichbare Daten zugrundezulegen, wurden für die ökonomischen Berechnungen die Daten des Jahres 1992 erhoben, da zum Zeitpunkt der Studie diese Daten (städtische Zuschüsse, Ausgaben der SHI, Mehrleistungen durch Freiwilligenarbeit) vollständig vorlagen. Die Grundgesamtheit die Kosten-Nutzen-Analyse bildeten daher alle Initiativen, die 1992 im Rahmen der Selbsthilfeförderung in München gefördert wurden; zusätzlich diejenigen SHI, die 1992 durch die Regelförderung in München bezuschußt wurden und in den Jahren vorher aus der Selbsthilfeförderung in die Regelförderung übernommen worden waren. Zur Analyse der Rückflußeffekte wurden sämtliche uns zugänglichen Daten von insgesamt 199 SHI (Selbsthilfeförderung: 96; Regelförderung: 103) erhoben. Um die Mehrleistungen der SHI durch unbezahlte Freiwilligenarbeit zu erheben, wurde eine Stichprobe von 74 SHI in mehrstündigen Interviews befragt (von 80 angeschriebenen SHI erklärten sich 74 bereit, an der Studie mitzuwirken). Die ausgewerteten Daten von 69 SHI bildeten die Grundlage der Berechnung der Mehrleistungen der SHI durch unbezahlte Freiwilligenarbeit.

Obwohl die Grundgesamtheit der Untersuchung alle 199 der im Jahre 1992 geförderten Initiativen umfaßt, wurde damit nur ein kleiner Teil der Gesamtzahl der Selbsthilfe-Initiativen in München (ca. 1200) analysiert. Dieser Ausschnitt stellt keine Bewertung dar. Er ist methodisch unumgänglich, da nur für die 199 Initiativen die entsprechenden Unterlagen (Sach- und Personalkosten; Eigenmittel) vorhanden sind, die eine Hochrechnung der geleisteten Stunden ermöglichen.

Ökonomische Wirkungen der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen

Die ökonomischen Wirkungen der Arbeit von SHI werden anhand ausgewählter Beispiele in den Bereichen Eltern-Kind-Initiativen, chronische Krankheit und psychische Probleme analysiert. Im Bereich der Eltern-Kind-Initiativen ließ sich die Ersparnis durch die Förderung von Eltern-Kind-Initiativen im Vergleich zum Bau und Betrieb von öffentlichen Kindertagesstätten errechnen. Hier ergaben sich besondere Probleme bezüglich der Datenlage und -erhebung - insbesondere bezüglich der beispielhaft ausgewählten Initiativen aus dem Bereich chronisch Kranke (Rheuma, MS-Gruppen, Kehlkopflose).

Als Beispiel für Initiativen aus dem Bereich psychische Probleme wurde die Münchner Angst Selbsthilfe (MASH) ausgewählt, die seit 1988 in München 14 Gruppen mit mehr als 140 von Angst- und Panikattacken betroffenen Menschen aufgebaut hat. Hier wurde in Gesprächen mit den GruppenleiterInnen, dem Koordinator von MASH und

anderen Experten versucht, verschiedene Wirkungen von Selbsthilfe auf den Verlauf der Krankheit zu beschreiben und deren ökonomische Wirkungen zu analysieren.
In beiden Bereichen (chronisch Kranke und psychische Probleme) besteht die Schwierigkeit, daß die ökonomischen Wirkungen von Selbsthilfe nur auf der Basis gesicherter Erkenntnisse über den Krankheitsverlauf vor und nach der Teilnahme an Selbsthilfegruppen errechnet werden können. Diese Basisdaten über Krankheitsverläufe unter verschiedenen Rahmenbedingungen liegen jedoch einerseits weder in der wissenschaftlichen Literatur zur medizinischen Versorgungsforschung vor, noch als gesicherte Erfahrungswerte der Mitglieder von Selbsthilfegruppen. Entsprechende empirische Erhebungen ließen sich mit den der Studie zur Verfügung stehenden Mitteln nicht durchführen, werden jedoch als Fortführung dieser Untersuchung zur Zeit im Rahmen der Forschungsverbunds Public Health München durchgeführt.

Verlaufsanalyse und qualitative Wirkungsanalyse des Selbsthilfebereichs in München

Im Gegensatz zur Analyse der ökonomischen Wirkungen des Selbsthilfebereichs in München, die den Charakter einer Querschnittsstudie (Referenzjahr 1992) hatte, lag es nahe, bei der Frage der sozialpolitischen Wirkungen die Entwicklung von Selbsthilfe-Initiativen über einen längeren Zeitraum zu analysieren. In die qualitative Analyse wurden daher alle Selbsthilfe-Initiativen einbezogen,

- die von 1985 bis 1992 durch die Selbsthilfeförderung bezuschußt wurden,
- die zunächst durch die Selbsthilfeförderung bezuschußt und dann in die Regelförderung übernommen wurden.

Ergänzt wurde diese qualitative Verlaufsstudie durch Informationen aus der vorgenommenen Befragung der 74 SHI, durch zusätzliche Experteninterviews und Recherchen und durch die umfassende Feldkenntnis der MitarbeiterInnen der Untersuchung.

9.5 Ergebnisse der Studie

Rückflußeffekte der städtischen Zuschüsse für Selbsthilfe-Initiativen für die öffentliche Hand und für München

Die Tätigkeit der meisten Selbsthilfe-Initiativen ist unabhängig von ihrer Zielsetzung auch eine wirtschaftliche Tätigkeit, die mit Ausgaben verbunden ist. Darin unterscheidet sie sich nicht von Tätigkeiten des Staates oder privater Wirtschaftsunternehmen. Die Ausgaben fließen in den Wirtschaftskreislauf ein, schaffen dort Einkommen für andere und über die darauf erhobenen Steuern und Sozialabgaben Rückflüsse in die öffentlichen Kassen. Am Beispiel der Stadt München führen die Personalausgaben der SHI (10,7 Mio.) unmittelbar zu Einnahmen der öffentlichen Hand in Gestalt von Lohnsteuer und Sozialabgaben. Die Sachausgaben (DM 5,7 Mio.) stellen entsprechende Umsätze von Betrieben dar, die wiederum zu Einnahmen der öffentlichen Hand in Form von Umsatzsteuer sowie von Steuern auf den Ertrag (Einkommensteuer und Gewerbesteuer) der Betriebe führen. Davon erhält München die Gewerbesteuer sowie 15 % der Lohn- und Einkommensteuer.

Um die Rückflußeffekte zu berechnen, wurde zunächst das Gesamtvolumen der ausgegebenen Finanzen der SHI im Jahre 1992 erhoben (bestehend aus den städtischen Zuschüssen und den Eigenmitteln der SHI). Von den Eigenmitteln wurden 95 / 82 / 85 % (Selbsthilfe / Regelförderung / Gesamt) selbst aufgebracht bzw. von privaten Spendern zugeschossen. Der Rest waren öffentliche Drittmittel. Dazu kommen die in der städtischen Verwaltung anfallenden Kosten für die Administration der Zuschüsse.

Abb. 1: Ausgaben für Selbsthilfe-Initiativen in München 1992 (in Mio. DM)

	Selbsthilfe	Regel-förderung	Gesamt
Städtische Zuschüsse	2,350	8,610	10,960
Eigenmittel und Drittmittel	1,260	4,230	5,490
Insgesamt	3,610	12,610	16,460
Zusätzliche Verwaltungskosten	0,214	0,365	0,579

© Wolfgang Stark 06/1996.

Stellt man alle öffentlichen Ausgaben für die SHI, also die Zuschüsse der Stadt München und anderer öffentlicher Haushalte (insbesondere AOK München und Land

Bayern), sowie die Verwaltungskosten der Stadt für die Administration der SHI-Zuschüsse diesen Rückflußeffekten gegenüber, ergibt sich folgendes Bild:

Abb. 2: Nettoausgaben der öffentlichen Hand für die Selbsthilfe-Initiativen 1992 (in Mio. DM)

	Selbsthilfe	Regel-förderung	Gesamt
Ausgaben der öffentlichen Hand (Bruttoausgaben)	2,635	9,7201	12,355
Rückflüsse an die öffentliche Hand	0,910	3,4700	4,380
Ergebnis: Nettoausgaben der öffentlichen Hand (Nettoausgaben)	1,725	6,2500	7,975
Ergebnis: Prozentualer Anteil der Nettoausgaben von den Bruttoausgaben	65,5%	64,3%	64,5%

© Wolfgang Stark 06/1996.

Zur Einordnung der Rückflußgrößen ist zu beachten, daß nur die Werte dargestellt sind, die unmittelbar in der ersten Ebene der Empfänger der Ausgaben der SHI entstehen, also bei den MitarbeiterInnen und den Betrieben, die Sach- und Dienstleistungen direkt an SHI verkaufen. Alle weiteren Effekte, die im Wirtschaftskreislauf ausgelöst werden (die Betriebe müssen ihrerseits wieder Vorleistungen einkaufen, um den SHI gegenüber Leistungen erbringen zu können; die MitarbeiterInnen der SHI geben einen Teil ihres Verdienstes aus, was mittelbar zu Umsätzen von Betrieben führt usw.), sind ausgeklammert. Da ihr Umfang von bestimmten Prämissen abhängt, kann die Höhe nicht zweifelsfrei bestimmt werden. Da aber solche Effekte in jedem Fall vorhanden sind, sind die tatsächlichen Rückflußeffekte höher (und damit die Nettoausgaben niedriger) als oben ausgewiesen. Eine einfache Pauschalhochrechnung verdeutlicht dies: Pro DM 100 öffentliche Zuschüsse werden weitere DM 50 private Ausgaben bei den SHI angestoßen. Die somit von den SHI ausgegebenen DM 150 führen bei der 1992 gegebenen Staatsquote von knapp 50 % zu Einnahmen der öffentlichen Hand von ca. DM 75, so daß die Nettoausgaben nur 25 % der Bruttoausgaben betragen. Indirekte Multiplikatorprozesse (z.B. höhere Konsumausgaben der Betriebsinhaber aufgrund der zusätzlichen Gewinne durch die mit den SHI getätigten Umsätze) sind dabei nicht

berücksichtigt. Rechnet man die Personalausgaben der SHI in Vollzeitstellen um (unterstellt wurde BAT Vb inkl. Zulagen), ergibt sich folgende direkte Beschäftigungswirkung: Durch die Förderung in der Selbsthilfeförderung wurden 1992 28 Vollzeitstellen geschaffen; die Summe der Personalausgaben in der Regelförderung ergibt 114 Vollzeitstellen. Insgesamt erzeugt die Förderung von Selbsthilfe-Initiativen durch die Stadt München eine direkte Beschäftigungswirkung von 142 Vollzeitstellen (BAT Vb inkl. Zulagen). Eventuelle indirekte Beschäftigungswirkungen bei den Betrieben aufgrund der mit den SHI getätigten Umsätzen sind wiederum nicht berücksichtigt, da sie nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden können.

Die Leistungen der Mehrleistungen durch Freiwilligenarbeit und ihre ökonomische Bewertung

Als zentrales Argument für die Unterstützung von Selbsthilfe-Initiativen wird immer wieder das hohe persönliche Engagement der Mitglieder und die in diesem Rahmen geleistete unbezahlte freiwillige Arbeit angeführt. Es wurde jedoch bisher nur selten der Versuch unternommen, den volkswirtschaftlichen Wert dieser Freiwilligenarbeit genauer zu berechnen.

Ziel dieses Teils der Untersuchung war es daher, die im Selbsthilfebereich in München erbrachten Leistungen zu erfassen und ökonomisch zu bewerten. Dies betrifft in erster Linie die unbezahlt eingebrachte Zeit der in Selbsthilfe-Initiativen engagierten Personen, aber auch die eingeworbene (kostenlose) Unterstützung von Professionellen und zur Verfügung gestellte Sachausrüstungen.

Auf der Basis vorab erarbeiteter Kriterien (vgl. ausführlicher Engelhardt/ Simeth/ Stark 1995) wurde eine Stichprobe von 74 SHI gezogen. Mit diesen SHI wurden mehrstündige Interviews durchgeführt, um die geleisteten „ehrenamtlichen“ unbezahlten Stunden im Jahre 1992 zu erfassen. Bei der Auswertung der erhobenen Daten aus 69 SHI wurden die geleisteten Stunden nach Tätigkeitsbereichen getrennt.

In die weiteren Berechnungen gingen allerdings nicht die gesamten Stunden ein, sondern nur deren produktiver Teil. Produktiv im ökonomischen Sinne bedeutet, daß die Zeit für Dritte aufgewendet wurde, nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse. Ohne diese Einschränkung auf die Zeit zum Nutzen für Dritte wäre der in der Aufgabenstellung dargelegte Vergleich mit der Aufgabenerfüllung durch bezahlte Kräfte nicht möglich, da diese ja nur für die Leistung bezahlt werden, die sie Dritten gegenüber erbringen. Damit leistet beispielsweise der/die Vortragende bei einer Fortbildung produktive Arbeit im obigen Sinne, die Zuhörer nicht. Der hier verwendete Anteil der produktiven Stunden an den einzelnen Tätigkeiten wurde vorab durch ein ExpertInnengremium aus dem Bereich der Selbsthilfearbeit in München festgelegt (siehe die Prozentzahlen in Abb. 2). Die geleisteten Stunden wurden dann den Kosten

einer gleichartigen Leistung durch bezahlte Kräfte gegenübergestellt, um im Sinne der Ausgangsüberlegungen die beiden Alternativen der Zielerreichung ökonomisch zu vergleichen, letztendlich also die Frage zu beantworten: Wieviel müßte München zusätzlich aufwenden, wenn sie die im Rahmen der Selbsthilfe erbrachten Stundenleistungen ausschließlich durch bezahlte Kräfte erbringen lassen würde.
Nach dieser Berechnung wurden im Jahre 1992 im Rahmen der (199 erfaßten) SHI in München insgesamt ca. 850.000 unbezahlte produktive Stunden in den oben genannten Tätigkeitsbereichen geleistet. Dies entspricht einem Äquivalent von 481 Vollzeitstellen oder einem Personalkostenäquivalent von ca. DM 36,4 Mio. (bezogen auf BAT Vb). Bezogen auf die von der Stadt München für den Selbsthilfebereich gewährten Zuschüsse entspricht dies einem Verhältnis von 3,31 : 1, d.h. für jeweils 100 DM, die die Stadt an Zuschüssen aufwendet, entsteht unbezahlte Arbeitszeit für Dritte im Sozial- und Gesundheitsbereich im Werte von DM 331, sofern diese Arbeitszeit mit den Kosten für professionelle Kräfte gleichgesetzt wird. Diese Gleichsetzung erscheint uns bezüglich der hier erhobenen unbezahlten Arbeitszeit deshalb gerechtfertigt, da die in die Analyse eingeflossenen Tätigkeitsbereiche weitgehend einer professionellen Dienstleistung entsprechen. Differenziert man nach einzelnen ausgewählten inhaltlichen Bereichen „Eltern-Kind“, „Wohnsituation“, „Frauen/Männer“ und „Gesundheit/ Behinderung“, so ergeben sich folgende Werte:

Abb. 3: Bewertung der von Selbsthilfe-Initiativen erbrachten produktiven Stunden 1992

Zahl der Selbsthilfe-Initiativen	Zahl der Initia-tiven	Produk-tive Stunden	Zahl der Stunden pro Initiative	Zahl der Vollzeit-stellen	Verhält-nis Per-sonalkos-ten der Vollzeit-stellen zu städt. Zuschuss
dv. Eltern-Kind-Initiativen	85	353.165	4.154	199	3,74
dv. Wohnsituation	7	23.813	3.401	13	4,04
dv. Frauen/Männer	11	54.394	4.944	31	1,58
dv. Gesundheit, Behinderung	48	184.903	3.852	104	5,87
Insgesamt	199	849.983	4.271	481	3,31

© Wolfgang Stark 06/1996.

Dabei erscheint zwar auf den ersten Blick das Verhältnis der städtischen Fördersumme zu den erbrachten ehrenamtlichen Stunden im Bereich Gesundheit/Behinderung am günstigsten (letzte Spalte: DM 100 Fördersumme erbringen DM 587 Gegenwert im Sinne gegenseitiger Hilfe - im Vergleich dazu erbringen Initiativen im Bereich Frauen/Männer „nur“ einen Gegenwert von DM 158). Interessant ist jedoch, daß sich dieses Verhältnis bei der Betrachtung der Zahl der pro Initiative durchschnittlich angestoßenen und erbrachten „produktiven Stunden“ beinahe umkehrt (Frauen/Männer 4.944 Stunden; Gesundheit/Behinderung 3.852 Stunden). Berücksichtigt man zusätzlich, daß im Bereich Frauen/Männer am ehesten professionalisierte Initiativen zu finden sind, da sie die hier vorhandenen Lücken im sozialen Versorgungssystem ausfüllen (vgl. Kap. 9.6), so läßt sich aus der differenzierten Betrachtung der Untergruppen schließen, daß eine (selbstorganisierte) Professionalisierung von SHI in bestimmten Bereichen zu einer Verstärkung gegenseitiger Hilfe und Solidarität führen kann.
Der größte Teil der Stunden wird bei den Selbsthilfe-Initiativen in folgenden Tätigkeitsbereichen geleistet: Erfahrungsaustausch und gegenseitige Hilfe in Gruppen (32 %); Beratung und Betreuung ratsuchender/hilfesuchender Menschen (18 %); Vorbereitung und Durchführung von Informationsveranstaltungen und Fortbildungen (16 %); Organisation und Durchführung fachbezogener Gremien und Arbeitskreise (16 %).

Outputbezogene ökonomische Wirkungen von Selbsthilfe-Initiativen anhand beispielhafter Bereiche

Die Frage nach den outputbezogenen ökonomischen Wirkungen von Selbsthilfe-Initiativen ist für viele sozial- und gesundheitspolitisch Interessierte natürlich eine der spannendsten Fragen bei der Bestimmung des Wertes von Selbsthilfe-Initiativen. Dahinter steht die Hoffnung, nicht „nur“ die qualitativen sozialpolitischen Wirkungen der Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen bestimmen zu können, sondern auch die ökonomische Konsequenz: „Fördere ich Selbsthilfe-Initiativen mit dem Betrag X, so spare ich den Betrag Y an anderer Stelle.“ Um solche Berechnungen durchführen zu können, müßten zwei Voraussetzungen vorliegen:

- Die Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen den Aktivitäten/der Existenz einer Selbsthilfe-Initiative und der jeweiligen Wirkung (z.B. Geldersparnis) müßten eindeutig zu klären sein.
- Die jeweiligen Wirkungen müssen monetär zu bewerten sein. Diese eindeutigen Zuordnungen sind im Sozial- und Gesundheitsbereich leider nur sehr selten vorzufinden. Zudem läuft man immer Gefahr, sich von monetär bewerteten Daten

„blenden“ zu lassen und den potentiellen Nutzen, der sich nicht direkt finanziell auswirkt oder so darstellen läßt, zu vernachlässigen.

Anhand zweier beispielhafter Bereiche soll jedoch im Folgenden das Potential dieser ökonomischen Sichtweise beschrieben werden, ohne die sozialpolitischen und individuellen Wirkungen von Selbsthilfe-Initiativen zu vernachlässigen. Dazu wurden möglichst homogene Arbeitsbereiche zusammengefaßt (Eltern-Kind-Initiativen) oder illustrativ am Beispiel einzelner Selbsthilfe-Initiativen (Münchner Angst Selbsthilfe) mögliche zukünftige Einsparungen (Vermeidungskosten) ermittelt und beschrieben. Im Weiteren ist es notwendig, vorhandene Ursache-Wirkungs-Beziehungen zumindest auf der Plausibilitätsebene zu beschreiben und monetär zu bewerten. Dies gelingt bei den Eltern-Kind-Initiativen relativ eindeutig, in einem Fall (MASH) lediglich auf der Ebene einer Modellrechnung.

Kostenvergleich Eltern-Kind-Initiativen und städtische Einrichtungen

Durch die Förderung von Eltern-Kind-Initiativen werden Betreuungsplätze für Kinder ermöglicht, die sonst (spätestens ab 1996) von den Kommunen bereitgestellt werden müßten. Ein Vergleich der Kosten mit den Kosten bei städtischen Krippen und Kindergärten ergibt daher, welche Kosten für Erstellung und Betrieb städtischer Kinderbetreuungseinrichtungen durch die Förderung von Eltern-Kind-Initiativen eingespart werden können. Hierzu wurde ein Kostenvergleich bezogen auf die durch die geförderten Eltern-Kind-Initiativen bereitgestellten Betreuungsplätze durchgeführt: Die untersuchten 85 Eltern-Kind-Initiativen betreuen pro Gruppe durchschnittlich 12 Kinder, 12 % dieser Plätze sind vergleichbar mit Krippenplätzen (jünger als 3 Jahre). Bei der Analyse der Kosten der untersuchten Initiativen ergaben sich jährliche Gesamtkosten pro Gruppe von durchschnittlich DM 81.774,--. Der jährliche Zuschuß der Stadt pro Gruppe betrug 1992 DM 47.406,--.

Vergleicht man diesen Durchschnittsbetrag mit der Kostenbelastung der Stadt (Stand 1992) pro Krippenplatz und pro Kindergartenplatz (gemittelt DM 137.433), so ergibt sich für die Stadt eine Ersparnis pro geförderter EKI von ca. DM 90.000. Bei im Jahre 1992 geförderten 85 Eltern-Kind-Initiativen sparte die Stadt daher DM 7,65 Mio. gegenüber einer gleichwertigen Förderung von Krippen und Kindergärten - ungeachtet der anderen Betreuungsschlüssel und pädagogischen Konzepte der Eltern-Kind-Initiativen. Da der Zuschuß der Stadt an die Initiativen also nur 34 % der Kosten einer städtischen Bereitstellung entsprechender Krippen- und Kindergartenplätze beträgt, ergibt sich für die Stadt eine Ersparnis von DM 290 je DM 100 Zuschuß. Diese Ersparnis kommt durch die Privatisierung von Kosten, hohe finanzielle Beiträge und umfangreiche ehrenamtliche Arbeitsleistungen der Eltern zustande.

Outputbezogene Wirkungen am Beispiel des psychosozialen Bereichs

Als Beispiel aus dem Bereich psychosozialer Initiativen wurde die Münchner Angst Selbsthilfe gewählt, da

- sich diese Initiative mit einem Problembereich (Angststörungen) beschäftigt, der bundesweit in weiten Bevölkerungsgruppen eine steigende Tendenz aufweist,
- Angststörungen mittlerweile als eine der häufigsten psychischen Störungen betrachtet werden (8 % der Gesamtbevölkerung leiden akut unter Angststörungen; 15 % mindestens einmal im Laufe ihres Lebens) und durch den Zusammenhang mit Depressionen (70 % aller AngstpatientInnen leiden unter Depressionen) eine sehr hohe Suizidalität aufweisen,
- diese Probleme zu einer erhöhten (und weitgehend unspezifischen) Nutzung medizinischer und sozialer Versorgungsangebote sowie relativ häufig zu Berufsunfähigkeit führen,
- die Münchner Angst Selbsthilfe ein relativ breites Gruppen- und Betreuungsangebot entwickelt hat, an dem eine vergleichsweise große Zahl von betroffenen Personen regelmäßig teilnimmt.

Die Fragestellungen bezüglich der ökonomischen Wirkungen der Teilnahme an den Gruppen lauten hier also:

- Wie wirkt sich die regelmäßige Teilnahme an den Gruppen der Münchner Angst Selbsthilfe auf die betroffenen Personen aus?
- Gibt es Hinweise darauf, daß sich die Nutzung medizinischer und psychosozialer Dienstleistungen und Einrichtungen durch die Teilnahme an Angst-Selbsthilfegruppen vermindert?
- In welchem Maße können Mitglieder und regelmäßige Nutzer der Angebote von MASH wieder in das Berufsleben zurückkehren?

Obwohl für die Aktivitäten der Gruppen bei MASH - gemessen an der Datenlage bei anderen SHI - verhältnismäßig ausführliche und teilweise statistisch aufbereitete Informationen vorliegen (vgl. Reithmeier 1992), ist es uns mit der uns im Rahmen dieser Studie zur Verfügung stehenden Kapazität noch nicht gelungen, die für eine Berechnung der ökonomischen Wirkungen notwendigen Daten zu erheben. Auch in der wissenschaftlichen Literatur finden sich hierzu noch keine Hinweise, die als Vergleichsdaten für eine solche Berechnung dienen könnten.

Daher konnten in diesem Rahmen aufgrund der durchgeführten Interviews bisher lediglich einige Ursache-Wirkungs-Ketten erarbeitet werden, die nach den Erfahrungen der InterviewpartnerInnen plausibel erscheinen. Vor diesem Hintergrund ist auch die nachfolgend dargestellte Modellrechnung zu betrachten: sie basiert auf Schätz- und Erfahrungswerten der Gruppenmitglieder und soll hier lediglich illustrieren, wie eine Quantifizierung ökonomischer Wirkungen methodisch durchzuführen wäre. Eine

empirische Bestätigung dieser Annahmen und Erfahrungswerte anhand „harter“ Daten würde die dargestellten Ergebnisse korrigieren, übersteigt jedoch die Möglichkeiten dieser Studie. Sie ist jedoch evtl. als Folgeuntersuchung geplant.

Grundlage für diese Aussagen sind Interviews mit den GruppenleiterInnen der Gruppen der Münchner Angst Selbsthilfe - an 14 Gruppen nehmen ca. 140 - 150 betroffene Personen regelmäßig teil. Zusätzlich wurden mehrere Gespräche mit dem Gründer und Koordinator von MASH geführt und bereits vorhandenes Datenmaterial zu den Gruppen - im Rahmen von Diplomarbeiten und gruppeninternen Erhebungen gewonnen - ausgewertet.

Nach diesem zur Verfügung stehenden Datenmaterial können folgende Annahmen getroffen werden:

1. Durch die umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit der SHI zum Thema, die dadurch erreichte Aufklärung von Betroffenen, Angehörigen und Ärzten kann eine spezifische Diagnose weitaus früher gestellt werden. Teure inadäquate, meist medikamentöse Behandlungen über lange Jahre werden dadurch vermieden; gezielte gegenseitige Hilfe in Gruppen und/oder psychotherapeutische Behandlung mit einer Chance auf Leidensminderung wird ermöglicht. Darüber hinaus sorgt die Öffentlichkeitsarbeit dafür, daß für die Betroffenen die erlebten Probleme relativiert werden („ich bin nicht allein“) und eine Entlastung vom Leidensdruck stattfinden kann. Bei den Gruppenmitgliedern von MASH beläuft sich die Durchschnittsdauer der bisherigen Krankheit (ab dem ersten Panikanfall) auf 11,7 Jahre. Im Normalfall wird erst nach ca. 7 Jahren erstmalig die Diagnose „Angst/Panikattacken“ oder „Angstneurose“ gestellt. Das kann bedeuten, daß bis zu 7 Jahre lang nur die körperlichen Symptome rein medikamentös behandelt werden (Herzrasen, Schweißausbrüche etc.), ohne daß die Medikamente zur Linderung des Leidens beitragen. Einen Hinweis darauf liefert das unter Angstpatienten überzufällig häufig vorkommende „Ärzte-Shopping“: ca. 70 % der Gruppenmitglieder von MASH haben in der Zeit vor ihrer Teilnahme an der SHI mindestens 10 Ärzte aufgesucht. Nach Aussagen der GruppenleiterInnen geht dieses Ärzte-Shopping bei den Gruppenmitgliedern massiv zurück.

2. Die Behandlungskosten für regelmäßige BesucherInnen der MASH-Gruppen sind deutlich geringer als bei AngstpatientInnen ohne Anschluß an eine Selbsthilfegruppe. Hierfür sind folgende Wirkungen durch die Gruppe ausschlaggebend:

- Die Zahl der Arztbesuche geht nach den ersten 6 Monaten der SHI-Teilnahme deutlich zurück.
- Durch die Unterstützung in der Gruppe und die Nutzung von Telefonketten und telefonischer Krisenhilfe durch Gruppenmitglieder und die MASH-Beratungsstelle gehen Notarzteinsätze deutlich zurück. Nach Aussagen der GruppenleiterInnen: Ohne Selbsthilfegruppe wird der Notarzt bis zu 3mal/Woche bei akuten

Angstanfällen geholt; durch das Eingebundensein in der Gruppe wird der Notarzt kaum mehr benötigt.

- Die Aufenthaltsdauer in psychosomatischen Kliniken kann durch die gezielte Nachsorge der SHI deutlich verkürzt werden. Ohne SHI beläuft sich die Dauer des stationären Aufenthalts in psychosomatischen Kliniken u.ä. auf bis zu 8 - 10 Wochen pro Jahr. Nach Aussagen der Gruppen kann man davon ausgehen, daß sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in psychosomatischen Kliniken auf 4 - 6 Wochen bei Gruppenmitgliedern reduziert.
- Mitglieder von SHI zum Thema Angst werden durch den sozialen Kontakt und das wiedergewonnene Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten psychisch stabilisiert. Ca. 13 % der Mitglieder von MASH hatten bereits einen Suizidversuch vor ihrer SHI-Teilnahme hinter sich. In den letzten Jahren wurden in den SHI von MASH nur vereinzelte Suizidversuche berichtet.
- Die Einnahme von Medikamenten wird bei TeilnehmerInnen von SHI gezielter und kritischer vorgenommen. Eine Reduzierung der Medikamenteneinnahme hat dabei nicht unerhebliche ökonomische Auswirkungen, wenn man bedenkt, daß nach wissenschaftlichen Untersuchungen (Max-Planck-Institut für Psychiatrie) jeder dritte Betroffene von seinem Arzt sedierende Medikamente (Tranquilizer, Barbiturate) über einen unvertretbar langen Zeitraum und oft ohne Aufklärung erhält.

3. Das Üben angstbelegter Lebenssituationen und die Einstellungsänderung durch Aufklärung in der Gruppe kann als ergänzende Maßnahme zu (verhaltens-)therapeutischen Behandlungen zu einer Verkürzung der Therapiedauer führen. Eine Therapiestunde kostet die Krankenkassen derzeit ca. DM 100. Bei Angststörungen geht man davon aus, daß ca. 65 - 85 Std. Verhaltenstherapie benötigt werden. Durch die ergänzenden Hilfen im Rahmen der Selbsthilfegruppen kann die Therapiedauer nach Einschätzungen von TherapeutInnen um ca. eine Verlängerungseinheit reduziert werden (Grundtherapie = 45 Std.; Verlängerungseinheit = 20 Std.). Daraus ergibt sich eine Kostenverminderung um ca. DM 2.200 pro Person.

4. Mit dem letzten Beispiel wird auch deutlich, daß die Teilnahme in SHI die Folgekosten von Angststörungen reduzieren kann: die Suchtgefahr ist durch die langjährige Einnahme von Tranquilizern und Barbituraten enorm hoch. Ca. 30 % der Angstpatienten waren oder sind medikamentenabhängig; zusätzlich leiden Menschen mit Angststörungen ca. 2 - 4mal häufiger an Alkoholismus als andere Menschen. Durch die Arbeit in der Gruppe wird die Suchtgefahr immer wieder bewußtgemacht und die TeilnehmerInnen werden zu einem kritischen Umgang mit Medikamenten hingeführt.

5. Weitere ökonomisch bedeutsame Folgewirkungen von Angststörungen sind Arbeits- und Berufsunfähigkeit. Nach Aussagen der GruppenleiterInnen reduzieren sich

„angstbedingte“ Krankheitstage nach längerer Gruppenzugehörigkeit (1 - 2 Jahre) um bis zu 70 %. Ca. 14 % der Gruppenmitglieder sind aufgrund ihrer Erkrankung für 1- 3 Jahre arbeitslos oder berufsunfähig. Der Wiedereinstieg in das Arbeitsleben wird unterstützt durch die in den Gruppen erfolgten Hilfestellungen, die das Selbstvertrauen festigen und die Persönlichkeitsentwicklung fördern. Die GruppenleiterInnen schätzen, daß bei längerer Gruppenteilnahme (mehr als 1 Jahr) ca. 60 % den Einstieg in die berufliche Tätigkeit wieder erreichen. Damit werden nicht nur Kosten im Bereich der Arbeitslosen- bzw. Sozialhilfe gesenkt, vielmehr fließen durch Steuern und Sozialabgaben wieder zusätzliche Einnahmen in die öffentlichen Haushalte.
Unter Annahme der Plausibilität der dargestellten Ursachen-Wirkungs-Ketten ergäbe sich für die öffentliche Hand eine Einsparung von ca. DM 1,8 Mio. und für die ArbeitgeberInnen von ca. DM 400.000 jährlich durch die Tätigkeit von MASH. Dem stehen Zuschüsse der Stadt von ca. DM 120.000 jährlich gegenüber. Pro DM 100 Zuschuß der Stadt ergäbe sich also eine Ersparnis der öffentlichen Hand von DM 1.500. Da sich die hier errechnete Ersparnis vor allem auf die Ausgaben von Krankenkassen und ArbeitgeberInnen auswirkt, kommt der Stadt selbst praktisch nichts zugute. Dies legt den Schluß nahe, daß sich neben der öffentlichen Hand auch Krankenkassen (denkbar wären auch Betriebe) an der Unterstützung von Selbsthilfe-Initiativen im Bereich der chronischen Krankheiten und dem des psychosozialen Bereichs beteiligen könnten. Durch Stabilisierung und Unterstützung von ArbeitnehmerInnen bei Krankheiten, die lange Ausfallzeiten verursachen, könnte sich dies evtl. „rechnen“.

9.6 Selbsthilfe-Initiativen - weit mehr als „nur“ gegenseitige Hilfe

Seit dem Aufkommen der sogenannten Selbsthilfe-Bewegung wurde von professioneller und sozialpolitischer Seite immer wieder versucht, die Hintergründe und Möglichkeiten dieser neuen Entwicklung zu verstehen. Ein wichtiger Teil unserer Untersuchung betrachtete daher die innovativen Wirkungen, die Selbsthilfe-Initiativen auf das traditionelle System sozialer Hilfe haben. Hierzu wurde die Entwicklung der von der Stadt München geförderten Selbsthilfe-Initiativen im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung über die Jahre 1985 - 1992 analysiert. Die besondere Qualität von Selbsthilfe und ihr Einfluß auf die soziale und gesundheitliche Versorgung läßt sich - zusammengefaßt in verallgemeinerter Form - so beschreiben:

Selbsthilfe-Initiativen modernisieren das traditionelle Netz sozialer Versorgung durch neue Formen der Problembewältigung

Selbsthilfe-Initiativen sind nicht nur Gruppen, in denen sich Betroffene treffen und austauschen, sie ergänzen auch bestehende professionelle Einrichtungen. Bei der Bewältigung der sozialen Folgen von chronischen Krankheiten oder Behinderungen

werden die Menschen durch unser medizinisch ausgerichtetes Gesundheitswesen kaum unterstützt. Die Gesundheits-Initiativen haben hier neue Hilfen entwickelt: sie ermöglichen den kranken/behinderten Menschen, am sozialen Leben teilzunehmen, organisieren Erfahrungsaustausch und Information und ergänzen so die medizinischen Versorgungseinrichtungen mit wichtigen sozialen Angeboten.

Selbsthilfe-Initiativen erfinden Alternativen zu traditionellen Formen der Problembewältigung. Als Beispiele sind hier vor allem Eltern-Kind-Initiativen und Selbsthilfegruppen im Suchtbereich zu nennen. Eltern-Kind-Initiativen gelingt es, die individuelle und soziale Förderung von Kindern gemeinsam mit den Eltern und ErzieherInnen sicherzustellen. Im Suchtbereich haben Selbsthilfe-Initiativen durch ihre erfolgreiche Arbeit die Unterstützung und den Aufbau von Selbsthilfegruppen als professionellen Standard durchgesetzt.

Sie entwickeln neue Formen der Bewältigung für Probleme, die bisher noch nicht von Facheinrichtungen bearbeitet wurden. Für neue Probleme und Themen, die bislang von den Beratungseinrichtungen nicht abgedeckt wurden, haben Selbsthilfe-Initiativen neue Formen der Bewältigung entwickelt, die teilweise wegen ihrer besonderen Qualität auch von den zuständigen Fachbehörden geschätzt werden. Nicht selten erhalten solche Ideen und Angebote durch Regelförderung eine dauerhafte Finanzierung und werden zu einem wichtigen Angebot der sozialen Infrastruktur München. Als Beispiele können eine Reihe Frauen- bzw. Männer-Selbsthilfe-Initiativen, einige Selbsthilfe-Initiativen, die sich um die Verbesserung des Wohnumfelds kümmern, und einige Selbsthilfe-Initiativen von AusländerInnen genannt werden. Besondere Bedeutung erlangen Selbsthilfe-Initiativen durch ihre sogenannte duale Organisationsstruktur: professionelle Fachberatung sowie Erfahrungsaustausch und Problembearbeitung durch Betroffene werden in einer Organisation miteinander verbunden.

Selbsthilfe-Initiativen überprüfen dabei die bisher üblichen Versorgungsangebote auf ihre Brauchbarkeit für die Bewältigung ihrer Probleme und finden deren Schwachstellen und Lücken heraus. Sie suchen auf dieser Grundlage nach besseren Bewältigungsmöglichkeiten. Sie sammeln Erfahrungen von Betroffenen, probieren neue Formen des Problemumgangs aus und bilden daraus neues Wissen und neue Erfahrungen. Diese Wissens- und Erfahrungsbestände formen eine solide Grundlage für die Entwicklung neuer professioneller Einrichtungen.

Selbsthilfe-Initiativen bilden überschaubare soziale Netzwerke, in denen sich Betroffene verstanden, sicher und wohl fühlen

Selbsthilfe-Initiativen und -gruppen erleichtern durch ihre Eigenart den Zugang zu Hilfemöglichkeiten für Betroffene. Hier finden sie Menschen, die gleiche Erfahrungen

mit Angehörigen, Freunden oder professionellen HelferInnen gemacht und ähnliche Schicksale erlebt haben. Hier werden sie als gleichwertig anerkannt, können sich die für sie passenden Hilfen selbst erarbeiten. Betroffene in Selbsthilfe-Initiativen sind nicht nur Hilfe-Empfänger, sondern können auch selbst anderen helfen und dadurch wieder selbstbewußter werden. Selbsthilfe-Initiativen sind regelmäßig näher an den Problemen der Betroffenen und arbeiten wesentlich spezialisierter als professionelle Einrichtungen. Es gelingt daher den Selbsthilfe-Initiativen sehr häufig, maßgeschneiderte Formen der Problembewältigung für ihre Mitglieder zu entwickeln.

Selbsthilfe-Initiativen sind ein Frühwarnsystem für aktuelle und neue soziale Probleme

Sie zeigen frühzeitig den zukünftigen Bedarf für professionelle Hilfsangebote auf. Dabei kümmern sich Selbsthilfe-Initiativen in den meisten Fällen jedoch nur um ihre eigenen Themen und Fragestellungen. Die hauptsächliche Verantwortung für die rechtzeitige Bereitstellung von Hilfen bleibt daher bei der öffentlichen Hand und den freien Trägern der Wohlfahrtspflege. Diese Verantwortung wird jedoch teilweise auch von den Selbsthilfe-Initiativen selbst übernommen: besonders im Bereich der Frauen-Selbsthilfe werden wichtige und bisher nicht bearbeitete Probleme aufgegriffen, die zur Gründung und Finanzierung von langfristigen Projekten führten.

Selbsthilfe-Initiativen aktivieren ihre Mitglieder und fördern und entwickeln ihre Fähigkeiten

Mitglieder von Selbsthilfe-Initiativen beurteilen nach unseren Gesprächen die persönlichen Erträge aus der Mitarbeit in der Gruppe durchweg positiv. Besonders wichtig sind den Mitgliedern von Selbsthilfe-Initiativen die Gruppe als soziales Netzwerk für Kontakte und Erfahrungsaustausch und die Zuwendung, Anerkennung, Geborgenheit und der Zusammenhalt in der Gruppe. In den Gruppen erwerben die Mitglieder vielfältige neue Fähigkeiten - ihre persönliche Weiterentwicklung wird gefördert. Ein wichtiger Grund dafür liegt darin, daß es in den Gruppen gelingt, die Betroffenen durch immer wieder neue Anregungen zu aktivieren. Es wird deutlich, daß Menschen, die alleine mit ihren Problemen nicht zurechtkommen, zusammen mit anderen in der Gruppe persönliche Fähigkeiten und neue Verhaltensweisen aufbauen, die zu einem verbesserten Umgang mit Problemlagen führen können. Durch die Gruppe erhalten die Mitglieder die Möglichkeit, das Gemeinwesen und soziale Leben in der Stadt mitzugestalten.

Selbsthilfe-Initiativen entwickeln neue Formen der Bewältigung für Probleme

Die richtige Arbeitsweise von Selbsthilfe-Initiativen gibt es nicht. Jede SHI muß die für die Bedürfnisse, Interessen und Ziele ihrer Mitglieder passende Arbeitsweise selbst herausfinden. Selbstverständlich können Selbsthilfe-Initiativen dabei von den Erfahrungen anderer Selbsthilfe-Initiativen lernen. Vergleicht man die Selbsthilfe-Initiativen hinsichtlich ihrer Organisationsformen, so kann man nahezu durchgehend feststellen, daß Selbsthilfe-Initiativen die für die Bewältigung ihrer Probleme erfolgreichen Organisationsformen herausfinden. Es gelingt ihnen, Probleme, Bedürfnisse der Mitglieder, gemeinsame Ziele und Organisation aufeinander abzustimmen. In dieser Hinsicht sind Initiativen vielen traditionellen Einrichtungen überlegen.

Die meisten Selbsthilfe-Initiativen sind für ihre Arbeit jedoch auf professionelles Fachwissen angewiesen. Weil die Bewältigung von gruppeninternen oder fachspezifischen Problemen oft die Möglichkeiten von Selbsthilfe-Initiativen überschreitet und professionelle Hilfestellungen notwendig macht, müssen sich Selbsthilfe-Initiativen Zugänge zu benötigtem Fachwissen erschließen. Selbsthilfe-Initiativen haben es bisher meistens vermocht, die für ihre Arbeit notwendigen Professionellen zur Kooperation zu gewinnen. Probleme entstehen dabei allerdings, wenn sich die Zugangsweisen von Selbsthilfe-Initiativen und professionellen Diensten zu Betroffenen und deren Problemen wesentlich voneinander unterscheiden.

Auch wenn Selbsthilfe-Initiativen hauptamtliche MitarbeiterInnen anstellen, hängt der Erfolg gemeinsamen Wirkens entscheidend davon ab, daß die Tätigkeiten der Betroffenen und Professionellen aufeinander abgestimmt und miteinander verknüpft werden. Diese Aufgabe geht nicht immer reibungslos vonstatten. Schwierigkeiten bereitet auch hier die klare Trennung der Arbeitsbereiche.

Selbsthilfe-Initiativen modernisieren die soziale Versorgung - Wirkungen von SHI auf die traditionellen Einrichtungen psychosozialer Arbeit

Die Förderung von SHI durch Selbsthilfe- und Regelförderung hat in München zwiespältige Reaktionen ausgelöst, die mit den finanziellen Aufwendungen, vor allem aber mit dem innovativen Potential der SHI zusammenhängen. Die Wohlfahrtsverbände haben als örtliche Arbeitsgemeinschaft von Anfang an mit Abwehr und Ressentiments reagiert. Konstruktive Ansätze, sich auf das unerwünschte und ungeliebte Kind „Selbsthilfeförderung“ der Stadt München einzustellen und sich damit zu arrangieren, konnten nur vereinzelt beobachtet werden. Da zahlreiche SHI im Zuge ihrer Entwicklung und Institutionalisierung Mitglieder in einem Wohlfahrtsverband, meistens im DPWV, werden, wird ihr Innovationspotential auch in die traditionellen Strukturen der freien Wohlfahrtspflege eingebracht und verursacht unter den

Verbänden - aus Konkurrenzneid? - Verstimmungen und Querelen. Entscheidend scheint jedoch zu sein, daß das Innovationspotential der SHI bzw. Teile davon die Bestandssicherungsschranken vor allem der konfessionellen Verbände durchbricht. Die begrenzte, aber immerhin vorhandene Konkurrenz zwischen den Verbänden trägt dann das Ihre zur Verbreitung bei, so daß mittelfristig mit entsprechenden Sickerungseffekten zu rechnen ist. Z.B. hat sich die Idee der Wohngemeinschaft, die aus alternativen Gruppierungen wie der AG SPAK (Arbeitsgemeinschaft der sozialpolitischen Arbeitskreise) stammt und entwickelt wurde, in rasantem Tempo bei den Wohlfahrtsverbänden eingenistet.

Konstruktiver verhalten sich die zuständigen Fachbehörden der Stadt München. Kontakt, Auseinandersetzung mit und Beratung von SHI haben bei den zuständigen SachbearbeiterInnen in Selbsthilfe- und Regelförderung und zum Teil auch in ganzen Abteilungen Lernprozesse in Gang gesetzt, Sympathie und Wohlwollen sowie eine relativ zuverlässige Einschätzung der Leistungsfähigkeit der SHI bewirkt. Teilweise gehen diese Erfahrungen in aktuelle sozial- und gesundheitsplanerische Schritte ein:

- Durch die zuständigen Behörden angeregt, belegt die Übernahme bestimmter SHI in die Regelförderung, daß deren Leistungen als Innovation anerkannt und Bestandteil der sozialen Infrastruktur werden. Die Modernisierung der sozialen Infrastruktur wird für wünschenswert gehalten und bewußt gefördert.
- Auch die zunächst eher distanzierten MitarbeiterInnen des Gesundheitsreferats kommen aufgrund ihrer Erfahrungen mit SHI, z.B. im Fall der ANAD e.V. (Selbsthilfe zum Thema Eßsucht), zu der bemerkenswerten Auffassung, daß die mittelfristige Planung einer professionellen Beratungsstelle aus der bestehenden SHI herauswachsen solle, weil dort die größte Fachkompetenz zu finden sei.
- Aus SHI zur Kinderbetreuung werden einige innovative Elemente in einige Einrichtungen der Standardversorgung übernommen. So werden beispielsweise zunehmend altersübergreifende Gruppen gebildet. Im Jugendamt orientiert man sich bei der Bedarfsplanung für Kindertagesstätten am Modell des Kinderhauses und zielt damit auf die Betreuung von 1-12jährigen Kindern in einem gegliederten Organisationszusammenhang ab.

Die meisten Selbsthilfe-Initiativen kooperieren mit Professionellen ihres Vertrauens in ihrem Arbeits- und Problemfeld, weil sie zur Bearbeitung ihrer Probleme auf Fachwissen angewiesen sind. In diesem Zusammenhang ist auch von Interesse, daß die Anzahl der Professionellen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen, die mit dem Selbsthilfezentrum Kontakt aufnehmen, nach den internen Daten des Selbsthilfezentrums ständig gestiegen ist. Ferner steigt offensichtlich die Zahl der Fachkräfte, die die Förderung von Selbsthilfe und Selbstorganisation zu ihrem eigenen Arbeitsansatz machen. Von einer generellen Konfrontation zwischen Selbsthilfe-

Initiativen und professionellen Fachkräften kann also keine Rede sein. Dies ändert nichts daran, daß nach wie vor auch viele medizinische und soziale Professionelle den Selbsthilfe-Initiativen mit Distanz und Skepsis gegenüberstehen.
Die verschiedentlich geforderte Verzahnung von professioneller Arbeit und Selbsthilfe-Initiativen besteht also schon vielfach und vielfältig, sollte allerdings erweitert und verbessert werden. Meistens gelingt es den Selbsthilfe-Initiativen, die für ihre Arbeit notwendigen Fachleute ausfindig zu machen und ihren Bedürfnissen entsprechend einzusetzen. Eher fehlt es zur Zeit an der wünschenswerten Einsicht von Städten und Landkreisen, Selbsthilfe-Initiativen durch die Bereitstellung geeigneter Infrastruktureinrichtungen und durch bedarfsgerechte Maßnahmenförderung zu unterstützen. Möglicherweise motivieren diese Untersuchungsergebnisse manche Städte und Landkreise, die lohnende Investition in die Selbsthilfeförderung vorzunehmen.
Das vorteilhafte Leistungsspektrum von Selbsthilfe-Initiativen fordert dazu heraus, die Unterstützung von Selbsthilfe und Selbstorganisation in allen Städten und Landkreisen voranzutreiben. Dies wäre zum gegenwärtigen Zeitpunkt die sinnvollste Investition zur Modernisierung sozialer Arbeit.

9.7 Sozialpolitische Konsequenzen und Empfehlungen

Aus den Ergebnissen unserer Untersuchung läßt sich im Hinblick auf die Sozial- und Gesundheitspolitik folgern, daß sich Selbsthilfe-Initiativen als verantwortungsbewußte, zuverlässige und in ökonomischer Hinsicht „gewinnbringende“ Partner des Versorgungssystems erwiesen haben. Für eine Sozial- und Gesundheitsplanung, die sich nicht nur an administrativen oder inhaltlichen, sondern auch an Effektivitäts- und Effizienzkriterien orientiert, ist die Unterstützung von Selbsthilfe-Initiativen ein unverzichtbarer Bestandteil einer mittel- und langfristigen Perspektive. Denn die Entstehung von Initiativen ist häufig nicht nur Indikator für alte ungelöste und neu auftretende Probleme, sondern auch für Versorgungslücken.
Selbsthilfe-Initiativen sollten daher strukturell - auch ohne Mitgliedschaft in einem Wohlfahrtsverband - als selbständige Bestandteile der Gesundheits- und Wohlfahrtspflege anerkannt und entsprechend gefördert werden. Aus einem fachlichen Blickwinkel betrachtet, stellt die methodische Phantasie der Selbsthilfe-Initiativen ein ideenreiches Lernfeld für eine systematische Kompetenzorientierung in der sozialen und gesundheitsbezogenen Arbeit dar. Gerade die von ihnen entwickelten und an den Betroffenenkompetenzen ansetzenden spezialisierten Zugangsweisen zu den Problemlagen, die lebensweltnahen Organisations- und Vernetzungsformen, insbesondere aber das duale Strukturmodell der Kombination von Selbsthilfeansätzen und fachlicher Beratung, sollten auf ihre Übertragbarkeit für Therapie und Beratung

auch in professionellen Einrichtungen überprüft werden. Hier haben Selbsthilfe-Initiativen erfolgreich erprobt, wie Eigenarbeit von Betroffenen und professionelles Fachwissen vorteilhaft verknüpft werden können.

Die besondere Stärke von Selbsthilfe-Initiativen besteht in der Förderung von bisher kaum oder gar nicht genutzten Ressourcen der Betroffenen, die sowohl ökonomische wie auch fachliche Innovationen hervorbringen können. Hier sollten auf der praktischen Ebene soziale und gesundheitsbezogene Einrichtungen die Verzahnung von professioneller Arbeit und Betroffenenwissen systematisch weiterentwickeln.

Allerdings kann sich erfolgreiche, d.h. von den Betroffenen nachgefragte Arbeit von Selbsthilfe-Initiativen oft kaum entfalten, da bei größeren Mitgliederzahlen oder einer ausgeprägteren Differenzierung der Arbeit Koordination und Beratung ehrenamtlich nicht mehr leistbar ist. Daher sollten Fördermodelle entwickelt werden, die hier notwendige Personalkosten umfassen. Erst dann wird in vielen Fällen eine gleichberechtigte (nicht gleichwertige) Zusammenarbeit mit dem professionellen System möglich und das in den Selbsthilfe-Initiativen liegende Potential zur Modernisierung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung nutzbar sein.

9.8 Literatur

Beywl, Wolfgang (1988): Zur Weiterentwicklung der Evaluationsmethodologie. Grundlegung, Konzeption und Anwendung eines Modells der responsiven Evaluation. Frankfurt/ Main.

Engelhardt, H.D./ Simeth, A./ Stark, W. u.a. (1995): Was Selbsthilfe leistet... Ökonomische Wirkungen und sozialpolitische Bewertung. Freiburg.

Fuß, R./ Stark, W. (1988): Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. Ausblicke in die Zukunft. In: Selbsthilfezentrum München (Hg.), Zurück in die Zukunft. München, S. 210-226.

Humphreys, K. / Rappaport, J. (1994): Researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey. Applied & Preventive Psychology. 3. Jg., S. 217-231.

Halves, E./ Trojan, A./ Wetendorf, H.-W. (1988): „Kosten“ und Nutzen von Selbsthilfegruppen. In: Teichert, V. (Hrsg.), Alternativen zur Erwerbsarbeit? Opladen, S. 159-176.

Huber, J. (1987): Die neuen Helfer. München.

Kaufmann, F.-X. (Hrsg.) (1987): Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Intervention. München.

Koschwald, U. (1981): Bewertung (Evaluation) von Selbsthilfegruppen. In: Kickbusch, I. / Trojan, A. (Hrsg.), Gemeinsam sind wir stärker. Frankfurt/ Main.

Landeshauptstadt München, Sozialreferat/ Arbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in München (Hg.) (1990): Kommunalwirtschaftliche Nutzeffekte der Münchener Sozialwirtschaft. München.

Powell, T.J. (1994): Understanding the Self-Help Organization. Framework and Findings. Thousand Oaks u.a.

Reithmeier, D. (1992): Selbsthilfe bei Angststörungen. Chancen der Kooperation von Psychotherapie und Selbsthilfegruppen in der ambulanten Behandlung von Angststörungen. psychomed, 4. Jg., S. 283-287.

Trojan, A. (Hg.) (1986): Wissen ist Macht. Frankfurt/ Main.

Vobruba, G. (1991): Jenseits der sozialen Frage. Modernisierung und Transformation von Gesellschaftssystemen. Frankfurt/ Main.

10. Selbsthilfeförderung als Bestandteil kommunaler Sozialpolitik

10.1 Selbsthilfeförderung am Beispiel der Stadt Erfurt

Der Grundsatz der gemeindlichen Selbstverwaltung gibt den Gemeinden das Recht und die Verpflichtung, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft in eigener Verantwortung zu regeln. Aus sozialpolitischer Sichtweise ergibt sich dabei die Aufgabe, Daseinsfürsorge für den Bürger zu gestalten, zu sichern und zu planen. Dazu darf sich Sozialpolitik nicht nur als fach- und zielgerichtete zwischenmenschliche Hilfe an der Person des Hilfebedürftigen ausrichten, sondern sie muß die tieferliegenden Ursachen von Lebensschwierigkeiten aufdecken, die Bedürfnisse des Bürgers in seinem Gemeinwesen erkennen und ihm zur Entfaltung seiner Persönlichkeit in der Gemeinschaft in vielerlei Hinsicht befähigend zur Seite stehen.

Aus der Überzeugung, daß Sozialpolitik eng verbunden ist mit Gesundheitspolitik, wurde im Dezember 1990 durch den Rat der Stadt Erfurt beschlossen, sich dem „Gesunde-Städte-Netzwerk“ anzuschließen, einem Projekt der WHO, das nach Begriff und Konzept eine Stadt prägt, verknüpft mit einer Vision, wie eine gesunde Stadt aussehen könnte. Die Stadt wird dabei als komplexer Organismus verstanden, der lebt, atmet und ständigen Veränderungen unterworfen ist.
Eine gesunde Stadt verbessert danach ihre Umwelt und erweitert ihre Ressourcen, damit die Menschen sich gegenseitig unterstützen können, um ihr größtmögliches gesundheitliches Potential zu erreichen. Das faszinierende an diesem Vorhaben ist die Bereitschaft für neue Ideen, die von vielen in der kommunalen Gemeinschaft eingebracht werden, um zu praktischen Aktivitäten einer neuen öffentlichen Gesundheitspolitik und Sozialpolitik zu finden. Eingebunden in diese Ideen und Aktivitäten in Kooperation mit einer großen Zahl von Engagierten, Professionellen, Vereinen und Verbänden, Bürgern und politischen Entscheidungsträgern, wurde 1991 die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, KISS, gegründet und nach Teilnahme an der Ausschreibung des Programms „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ des Bundesministeriums anerkannt und gefördert.

Die Selbsthilfekontaktstellen können in vielfältiger Weise ihre Trägerschaft wählen bzw. sich aus unterschiedlichen Gruppierungen und Einrichtungen entwickeln. In Erfurt wurde die An- bzw. Einbindung an das Gesundheitsamt, ein kommunales Amt, unter folgender Intention vorgenommen: Der öffentliche Gesundheitsdienst mit seinem bevölkerungsmedizinischen Ansatz ist ein sehr wichtiges Instrument, mit dem gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen umgesetzt werden können. Dies sind Vorstellungen, die dem entsprechen, was früher einmal „öffentliche Gesundheitspflege“

hieß und auch dem Programm der Gesundheitsförderungsstrategie der WHO, der „Ottawa Charta“ von 1986, entspricht. Wenn man die Schaffung von Rahmenbedingungen zur Gesundheitsförderung mit ihrem emanzipatorischen und auf Bürgerbeteiligung angelegten Ansatz als Aufgabe einer öffentlichen Gesundheits- und Sozialpolitik ansieht, dann ist auch die Förderung und aktive Unterstützung von Selbsthilfe unbestritten die Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes und liegt in kommunalpolitischer Verantwortung.

Unter dieser Verantwortung hat sich die Selbsthilfebewegung in Erfurt seit ihrem Bestehen erfreulich entwickelt: Von anfangs (vor Gründung der Kontaktstelle) 29 Gruppen bis zur Zeit 112 Gruppen mit mehr als 2.000 Mitgliedern, Gruppen aus den Bereichen Gesundheit, Behinderung, soziale Probleme, spezifische Frauen- und Männerinitiativen, aus den Bereichen Sucht, psychosoziale Probleme und dem Eltern-Kind-Bereich.

Die Mitarbeiter der Kontaktstelle bemühen sich in qualifizierter und vielfältiger Weise um Gründung und Förderung von Gruppen, Vermittlung von Informationen, Kontakten und Erlebnissen im Freizeitbereich bis hin zu auch ganz individuellen Beratungen und Hilfeleistungen. Diese Entwicklung der KISS und die sichtbare Bürgerannahme zeigen in eindeutiger Weise die Notwendigkeit sozialer und gesundheitlicher Selbsthilfe als Ergänzung zu den klassischen professionellen Versorgungssystemen. Sie ist damit ein festgefügter Bestandteil der kommunalen Sozialpolitik in Erfurt. Bis heute trägt die Stadtverwaltung 60% der Kosten der KISS, und über eine Richtlinie werden seit 1992 den Gruppen zusätzliche Fördermittel bereitgestellt. Auch im Haushalt 1996 ist mit einem gesicherten Titel zu rechnen.

Ein Ausblick auf das Jahr 1996 sei mir noch im Hinblick auf das WHO-Thema zum Weltgesundheitstag, dem 7. April, gestattet. Es wird lauten: „Gesunde Stadt“. Was liegt näher, als dieses Thema auch zum Motto unserer alljährlichen Gesundheitskonferenz zu wählen. Wenn ich eingangs ausführte, daß für uns Gesundheits- und Sozialpolitik eine Einheit darstellen, dann trifft das ebenso auf Gesundheits- und Sozialplanung zu. Wir sind daher in Erfurt bemüht, daß mit Hilfe dieser gemeinsamen Planung rechtzeitig und in erforderlichem Umfang Einrichtungen und Dienste vorgehalten werden, die helfen, die Fähigkeit und die Bereitschaft zu eigenverantwortlicher Lebensgestaltung zu stärken oder zu entwickeln.

10.2 Selbsthilfeförderung am Beispiel der Stadt Münster

Bürgerschaftliches Engagement, Selbsthilfe und Ehrenamt haben in Münster Tradition. Wir haben rund 300 Selbsthilfegruppen. Wie ist diese soziale Kulturlandschaft entstanden? Ich möchte es auf drei Dinge zurückführen. Zum einen auf unsere westfälische Art: Nicht jammern, sondern zupacken. Zum anderen darauf, daß wir eine besondere Sozialstruktur in der Stadt haben. Von den 270.000 Einwohnern der Stadt sind 60.000 Studenten. Wir haben fast überhaupt kein Gewerbe, nur Versicherungen, Verbände oder aber Behörden. Und wir haben eine Bürgerschaft, die sehr anspruchsvoll ist. Sie kann eines nicht haben, wenn sie verwaltet wird oder wenn man ihr vorschreibt, was sie zu machen hat, sondern sie wollen sich selbst organisieren, und das ist gut. Das ist natürlich auch ein gutes Potential für Selbsthilfe.

Die Stadt Münster hat aber darüber hinaus auch die Selbsthilfe über viele Jahre konsequent finanziell gefördert und unterstützt. Die Stadt hat einen Grundsatz: Was die Bürgerinnen und Bürger, die Initiativen und die Verbände selbst gestalten können, das sollen sie auch selbst gestalten. Aufgabe der Stadt ist es, Rahmenbedingungen zu formulieren und finanzielle Hilfen zur Verfügung zu stellen, also Bürger machen lassen, Vertrauen in die Bürgerschaft setzen, und diese Politik hat sich bewährt. Sie wird von allen Fraktionen des Rates und selbstverständlich auch von der Verwaltung der Stadt unterstützt.

Wie geschieht nun in Münster die Förderung der Selbsthilfe? Sie erfolgt über drei Eckpfeiler: einmal über die Stiftungen, die die Stadt Münster treuhänderisch verwaltet, insbesondere die Stiftung „Siverdes“, dann die Stiftungsverwaltung, die unmittelbar der Sozialdezernentin zugeordnet ist. Und das Herzstück des Ganzen ist die „MIKS“, die „Münsteraner Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe“.

Gestatten Sie mir in diesem Zusammenhang eine kleine historische Reminiszenz. Ihnen ist sicherlich bekannt, daß Münster die Stadt der Wiedertäufer ist. Aber es gab in unserer Stadt noch sehr viele andere fromme, gottesfürchtige Menschen, die gerne einen Platz im Himmel haben wollten. Wie bekommt man ihn am ehesten? Wenn man Geld hat, indem man es für gute Zwecke zur Verfügung stellt. Es gab in Münster sehr viele Stifter, die vom Mittelalter an konsequent ihr Geld nicht für Kultur gestiftet haben, sondern für soziale Zwecke. Und davon profitieren wir in unserer Stadt. U.a. hat der Regierungs- und Hofkamerad, Dr. Christian Siverdes, sein Vermögen für die Förderung derjenigen, die in sozialer Not leben - das sind die Armen und die Kranken -, gestiftet. Wir sind als Sozialverwaltung heute diejenigen, die das Vermögen treuhänderisch für diese guten Zwecke zu verwalten haben. Zudem haben wir über ein

Bundesmodellprojekt im Jahre 1985 einen dreijährigen Versuch zur Förderung der bürgerschaftlichen Selbst- und Mithilfe im sozialen Bereich in Münster begonnen, damals mit rund 200.000 DM aus den städtisch verwalteten Stiftungen für Projekte und Initiativen aus dem Sozialbereich sowie aus den Bereichen Jugendhilfe und Gesundheit. Unterstützt wurden Eltern-Kind-Gruppen, Nachbarschaftshilfen, Seniorenarbeit, Hilfen für Menschen in besonderer Not, Frauenprojekte, die Hospizbewegung, Anonyme Alkoholiker und auch solche Gruppen, die damals noch nicht „hoffähig" für den städtischen Haushalt waren. Ich nenne hier die Transsexuellen, die Lesben, die Schwulen u.a. Hier hatten wir also die Möglichkeit des Korrektivs und auch über die Stiftung, den Selbsthilfegruppen zu helfen. Es werden darüber hinaus heute Räume bereitgestellt für gesundheitsorientierte Selbsthilfegruppen, und es werden für Eltern-Kind-Gruppen Förderbeträge zur Verfügung gestellt. Das Gros der Selbsthilfegruppen hat sich inzwischen etabliert und ist anerkannt. Die Stadt Münster stellt in jedem Jahr über die „Siverdes"-Stiftung 250.000 DM für die Selbsthilfeförderung zur Verfügung. Darüber hinaus gibt sie 60.000 DM für die Förderung von Eltern-Kind-Gruppen und über Räumlichkeiten und ähnliches noch einmal soviel, so daß wir auf rund eine halbe Million Fördersumme kommen.

Die Stiftungsaufsicht beim Regierungspräsidenten achtet sorgfältig darauf, daß die Mittel nicht für kommunale Pflichtaufgaben ausgegeben werden, auch nicht bei knapper werdenden Mitteln. Die Stiftung „Siverdes" gewährt immer dann Hilfe, wenn die Aktivitäten über den Rahmen der gesetzlichen Sozialleistung hinausgehen. Die Stiftungskommission, das ist das zuständige Gremium der Stadt, das die Stiftungsverwaltung kontrolliert und bei der Initiierung und Durchführung von Projekten berät. Es herrscht dort ein sehr kooperatives Klima, d.h. die Mittel werden jährlich zur Verfügung gestellt, es werden neue Projekte unterstützt, und die Verwaltung berichtet über die Vergabe nach Richtlinien. Diese Richtlinien sind kein großer bürokratischer Wasserkopf. Sie sind so, daß man sie mit eigenen Worten wiedergeben kann und daß sie auch für die Arbeit der Selbsthilfe schnell und unbürokratisch genutzt werden können.

Die Arbeit der Bewilligung von Anträgen wird im wesentlichen über den Arbeitskreis „Siverdes" geleistet. Das sind verschiedene Ämter der Stadt. Hierzu zählen das Frauenbüro, die Gesundheitsplaner, der Behindertenkoordinator, die Mitarbeiter des Jugendamtes, Referenten der Stiftungsverwaltung und dann auch noch als beratendes Mitglied der Leiter der „MIKS", also der Informations- und Kontaktstelle. Wir haben vier bis fünf Sitzungen pro Jahr, in denen rund 100 Anträge bearbeitet werden. Diese

werden zu 15% für Stadtförderung ausgegeben, 25% für die Projektförderung und 60% für die laufende Förderung. Es gibt folgende Fördermodalitäten:

- Stadtförderung für die Gründung, das sind rund 1.000 DM;
- die Projektförderung für inhaltlich und zeitlich abgegrenzte Aktivitäten, das sind maximal 5.000 DM pro Jahr;
- die Förderung der laufenden Arbeit von Selbsthilfegruppen, also sozusagen die laufenden Kosten, noch mal 2.500 DM.

Zur Installierung des Selbsthilfegedankens in Politik, Öffentlichkeit und in der Szene sind die Münsteraner Informations- und Kontaktstelle und das sogenannte „Kuratorium für soziale Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement“ eingerichtet worden. Das Kuratorium besteht aus Personen, die in diesem Bereich tätig sind. Es hat die Aufgabe, den Selbsthilfegedanken weiter in die Öffentlichkeit zu bringen. Ursprünglich ging es darum, zu implementieren, kooperative Entwicklungen zu unterstützen und trägerübergreifende Zusammenarbeit zu leisten. Weitere Aufgaben sind inzwischen hinzugekommen, und das Kuratorium soll künftig noch stärker Impulse für zukunftsorientierte Diskussionen geben. Mitglieder sind die Wohlfahrtsverbände, das Netzwerk „Selbsthilfe“, die Aids-Hilfe, die Parteien - alle Parteien im Rat -, die Krankenkassen, die Sozialdezernentin, die Stiftungsverwaltung und der Leiter der Münsteraner Informations- und Kontaktstelle, der auch die Geschäftsführung wahrnimmt. Besonderer Stellenwert kommt der Münsteraner Informations- und Kontaktstelle zu, sozusagen dem Herzstück.

Jeder, der Selbsthilfearbeit macht, weiß, daß der Gedanke der Selbsthilfe mit guten, engagierten Leuten blühen kann. So ist es auch in Münster. Die Stadt Münster fördert die „MIKS“ jährlich aus dem städtischen Haushalt, also nicht durch die Stiftung, mit 200.000 DM. Arbeitsschwerpunkte der „MIKS“ sind die Beratung von Selbsthilfegruppen, Hilfe bei der Gründung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Zusammenarbeit mit professionellen Trägern, Öffentlichkeitsarbeit usw. Und wir organisieren viele Veranstaltungen, z.B. den Tag der Selbsthilfe.

Selbsthilfe ist angesiedelt zwischen privater Solidargemeinschaft und den Hilfemöglichkeiten der professionellen Helferagenturen. Dieses Potential systematisch zu nutzen ist die eigentliche Aufgabe der kommunalen Sozialpolitik. Wir in Münster wollen auch künftig dieses Selbsthilfepotential fördern und unterstützen, denn kommunale Sozialpolitik ist im Aufwärtstrend, ist „in“, ist auf eine aktive und gestaltende, auf eine mitwirkende Bürgerschaft angewiesen, und die bietet uns die Selbsthilfe. Räte, Verwaltungen, Wohlfahrtsverbände und auch Krankenkassen sollten

deshalb noch stärker als bisher bereit sein, diese selbstgewählten Formen sozialen und gesundheitlichen Engagements innerhalb der Bürgerschaft nach Kräften zu unterstützen. In diesem Sinne ist die kommunale Förderung sozialer Selbsthilfe ein wichtiger Faktor ihrer Souveränität und ihrer Bürgerorientierung. Soziale Selbsthilfegruppen und Initiativen dürfen allerdings ebensowenig wie ehrenamtliche Mitbürgerinnen und Mitbürger in ihrem Engagement überfordert oder gar kommunal eingepaßt werden. Soziale Selbsthilfe ist nicht der „billige Jakob“ der kommunalen Sozialpolitik, sie hat einen eigenen Stellenwert und bedarf, wie die freie Wohlfahrtspflege oder wie ehrenamtliche Tätigkeit, der kommunalen Förderung und Unterstützung.

Wir sind der Auffassung, daß die Förderung der Selbsthilfe eine kommunale Aufgabe ist. Sicherlich stellen Selbsthilfegruppen unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten eine notwendige und wichtige Ergänzung zu professionellen Diensten im Sozial-, Gesundheits- und Jugendbereich dar. Sie erfüllen wichtige präventive Funktionen. Aber Selbsthilfe funktioniert nicht von selbst. Die Selbsthilfe, d.h. die vielen in den Gruppen und Initiativen tätigen Bürger und Bürgerinnen, brauchen kommunale Unterstützung, doch nicht nur kommunale Unterstützung, sondern im besonderen Maße auch Unterstützung von den Krankenkassen, denn in diesem Bereich wird sehr viel Arbeit geleistet. Die Einbindung der Krankenkassen ist in Münster projektbezogen gelungen, finanziell herrscht jedoch große Zurückhaltung.

Selbsthilfe als aktive Solidarität für sich und andere hat Zukunft. Sie ist unmittelbar, ohne großen bürokratischen Aufwand und ohne administrative Vermittlung leistbar. Vor allem ist sie dicht an den Problemen der Menschen angesiedelt. Deshalb fördern wir Selbsthilfe in Münster aus Überzeugung.

11. Diskussion im Plenum

Moderatorin: Dr. Ute Gebhardt, Erfurt

Gebhardt: Vielen Dank. Wir hätten noch einige Minuten zur Diskussion. Ich möchte daran anschließend einige Informationen zum heutigen Abend und zum morgigen Tag geben. Aber zunächst die Fragen, die es zu diesen Referaten gibt.

Matzat: Mein Name ist Matzat von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. Ich würde mich gerne unbeliebt machen, indem ich noch zwei kurze Fragen stelle. Die erste Frage geht an Wolfgang Stark. Wenn ich mich richtig erinnere, war unter den Förderern der Studie in München auch die örtliche AOK. Was generell in AOK-Kreisen gedacht wird zur Selbsthilfeförderung konnten wir, glaube ich, aus den Beiträgen von Herrn Picard vorhin schon ein bißchen ahnen. Wie ist das in München? Da ist es mitfinanziert worden, und ihr habt gewiß auch die Ergebnisse den betreffenden Leuten dort zurückgemeldet. Ist es so, daß in München sich jetzt die AOK anders verhalten wird, als das generell üblich ist?

Die zweite Frage geht an Frau Bickeböller in Münster. Sie haben zum Abschluß ihres Referates noch einmal gesagt, daß Sie der Meinung sind, daß Selbsthilfeförderung eine kommunale Aufgabe ist. Dem kann ich zustimmen. Meine Frage an Sie ist, haben Sie eine Idee, wie man dafür sorgen kann, daß auch Ihre Kolleginnen und Kollegen verstärkt diese Auffassung teilen?

Stark: Zur Rolle der AOK in München besteht morgen noch die Gelegenheit, etwas ausführlicher zu berichten. Wir haben sehr kooperativ mit der AOK in München diese Studie durchgeführt. Wir haben auch vor, zusammen mit der AOK der zuletzt angesprochenen Frage nachzugehen: Was bringt es eigentlich an Einspareffekten in bezug auf gesundheitsbezogene Leistungen oder in bezug auf die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen? D.h. zusammen mit den Initiativen sollen eine Reihe von AOK-Mitgliedern ausgewählt werden, die es zulassen auszurechnen, was es denn über die Zeit hin gebracht hat, d.h. wie sich die Inanspruchnahme von Leistungen oder die Abrechnung von Leistungen verändert hat durch die Teilnahme an Selbsthilfeinitiativen. Diese Ergebnisse und die Ergebnisse anderer Studien zum Thema Beratungsbedarf und Beratungsleistungen von Selbsthilfeinitiativen sind in Förderkriterien zur Förderung von Selbsthilfeinitiativen durch die AOK eingeflossen. Diese werden derzeit verabschiedet. D.h. es wird ab nächstem Jahr einen Förderkatalog für Selbsthilfeinitiativen durch die AOK in München geben, und die Initiativen können dort in Zusammenarbeit mit der Stadt Gelder abrufen.

Ein weiterer Punkt, der ja bei der Tagung immer wieder heiß diskutiert wird, ist die Frage der institutionellen Förderung für Kontaktstellen durch Krankenkassen. Wir sind einen etwas anderen Weg gegangen und stehen hier in München kurz vor dem Abschluß. Wir haben der AOK in München einen Leistungskatalog vorgelegt. Wir haben gesagt: Wir bieten euch folgende Leistungen. Die Bearbeitung der Anträge der Selbsthilfeinitiativen, das müßt ihr nicht selber machen, da sind wir kompetenter. Wir verfügen über die Erfahrung. Wir werden die Anträge selbst bearbeiten als Selbsthilfezentrum und es dann an euch weitergeben. Wir bieten euch an, die Mitarbeiter in der AOK zu schulen in bezug auf Selbsthilfeinitiativen, kontinuierlich zu schulen, so daß da ein hoher Informationsstand gewährleistet ist. Wir bieten euch ferner an, Öffentlichkeitsarbeit und auch Beratungsleistungen zum Thema Selbsthilfe von den Initiativen her zu organisieren. D.h. wir haben keine institutionelle Förderung, sondern eine leistungsbezogene Förderung. Wir haben wie bei jeder anderen Firma oder in jedem anderen Unternehmen einen Leistungsvertrag abgeschlossen bzw. er steht kurz vor dem Abschluß.

Bickeböller: Nur ganz kurz zum Abschluß. Erstens: Ich möchte meinen Kolleginnen und Kollegen sagen: Nicht soviel verwalten, sondern mehr gestalten. Dann kann man Potentiale eröffnen, die man sonst nicht hat. Zweitens: Die Politik der Selbsthilfe - das Überwinden von Distanz - ist auch eine Möglichkeit, um Politikverdrossenheit abzubauen. Drittens: Zu dem, was Herr Dr. Stark uns hier vorgerechnet hat: Jede Mark, die Sie in Selbsthilfe stecken, kommt mehrfach zurück. Es ist sozusagen im nachhinein betrachtet auch noch die finanziell günstigere Lösung, und es ist die Lösung, die für unseren Bürger am angemessensten ist. Das sind für mich überzeugende Argumente. Ich glaube aber, daß ich meine Kollegen nicht so sehr überzeugen muß, sondern es ist entscheidender, wie man die Kämmerer überzeugt. Das ist keine leichte Aufgabe. Hier haben uns die Ausführungen von Herrn Dr. Stark sehr gute Argumentationshilfen gegeben.

Gebhardt: Vielen Dank, Frau Bickeböller, das war gleichzeitig ein Schlußwort. Morgen vormittag werden die fünf Arbeitsgruppen stattfinden, hierfür wünsche ich Ihnen weitere angeregte Diskussionen.

12. Forum 1: Was kann Selbsthilfe? Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe als Beitrag zur Weiterentwicklung des Sozialstaates

Moderator: Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Universität Hamburg

Der Titel unserer heutigen Arbeitsgruppe lautet: „Was kann Selbsthilfe?“ Dabei steht nicht so sehr im Vordergrund, was die Selbsthilfegruppen und Initiativen an vielfältigen Leistungen erbringen, sondern es geht um die Frage der Möglichkeiten und Grenzen ihres Beitrages zur Weiterentwicklung des Sozialstaates. Wir wollen in der heutigen Arbeitsgruppe klären, welchen Beitrag Selbsthilfegruppen auf der politischen Ebene erbringen, um Sozialstaat und Gesundheitswesen weiterzuentwickeln.
Zunächst wird Herr Dr. Motsch auf der Grundlage seiner langjährigen Erfahrungen einer engen Städte- und auch Selbsthilfepartnerschaft zwischen Würzburg und Suhl über Leistungen und Grenzen der Arbeit von Selbsthilfegruppen berichten. Im Anschluß hieran möchte ich Herrn Prof. Dr. Thomas Olk von der Martin-Luther-Universität Halle zu einem Grundsatzreferat über die Möglichkeiten der Selbsthilfe zur Weiterentwicklung des Sozialstaates bitten.

12.1 Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe

Dr. Peter Motsch, Sozialreferent, Würzburg

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir wollen jetzt in das Thema „Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe“ einsteigen.
Erster Punkt: Selbsthilfe ist eine Hilfe zur Alltagsbewältigung. Gerade im Umgang mit chronisch Kranken und sozialen Problemen im Berufs- und Familienleben können wir das immer wieder feststellen. Gruppenmitglieder geben wertvolle Tips untereinander, geben sich konkrete Hilfestellungen. Ich kann das an einem Beispiel deutlich machen: Eine Angstgruppe zum Beispiel organisiert gemeinsame Straßenbahnfahrten oder Kinobesuche, die Teilnehmer holen sich gegenseitig ab, wenn sie sich nicht mehr aus dem Hause trauen. Solche alltäglichen Dinge werden bewältigt durch die Gruppe.
Zweiter Punkt: Psychosoziale Stabilisierung ist die Stütze, die man in der Gruppe findet, die soziale Isolation, die vielen chronisch Kranken droht, wird eben in der Gruppe aufgehoben. Freunde und auch Verwandte setzen sich ab, wenn eine chronische Erkrankung oder Behinderung eintritt, und die Selbsthilfegruppe übernimmt in diesem Zusammenhang die Funktionen neuer sozialer Kontakte und ersetzt und ergänzt den verkleinerten Freundes-, mitunter auch Familienkreis. Deswegen sind auch solche kleinen, manchmal mitunter auch belächelten Veranstaltungen wie Kaffeetrinken und ähnliches durchaus wichtig in dem Zusammenhang. Ich will das an einem anderen Beispiel deutlich machen: Die Aphasiker, die ja ihre Sprache verloren

haben, verlieren sehr schnell ihre Arbeitsstelle und auch ihren Freundeskreis. In der Gruppe selbst haben sie wieder die Möglichkeit, freundschaftliche Unterstützung zu erfahren.

Der dritte Punkt, in dem Hilfen durch die Gruppe möglich sind, ist das, was wir als Prävention bezeichnen. Selbsthilfegruppen machen oft sehr viel Präventionsarbeit, und wenn ich als Kommunalpolitiker sage, wir müssen mehr Gesundheitsvorsorge betreiben, dann ist die Selbsthilfebewegung hier ein ganz wesentliches Instrument in diesem Zusammenhang. Ich will das auch deutlich machen: Eine Gruppe, die bei uns in Würzburg existiert, die der Chemikalien- und Holzschutzmittelgeschädigten, eine äußerst engagierte Gruppe, macht sehr viel Aufklärung, und sehr gute Aufklärung, es gibt fast keine Alternative dazu zum Thema z.B. „Wohngifte vermeiden“. Die Diabetikergruppe macht auf unseren Informationsständen - Mainfrankenmesse, bei anderen Informationsveranstaltungen - Blutzuckertests; auch ein solches Beispiel, wie Selbsthilfegruppen typische Präventionsarbeit leisten und da eine besondere Verantwortung übernehmen.

Der vierte Punkt, in dem die Gruppen ganz aktiv sind, ist das, was man als Nachsorge bezeichnen kann, man kann es auch „Sekundärprävention“ nennen, gerade im Suchtbereich. Ein typisches Beispiel ist die lebenslange Nachsorge zur Vermeidung des Rückfalls. Die Suchtgruppen sind eigentlich die Gruppen, die den Mut machen und die Stütze bieten, damit die Erfolge einer langen Therapie erhalten bleiben. „In der Kreuzbundgruppe“-ich hab's hier mal als Erklärung eines Mitglieds formuliert-, „in der Gruppe finde ich Kraft, trocken zu bleiben, die Gruppe ist Teil meines Lebens geworden.“

Der fünfte Punkt ist die Angehörigenarbeit. Die Angehörigen bleiben im professionell-medizinisch-therapeutischen Bereich meist etwas auf der Strecke, es ist wenig Platz für sie. Selbsthilfe bezieht Angehörige in der Regel mit ein. Eine Selbsthilfegruppe ist immer auch eine Angehörigengruppe, wenn sie gut organisiert ist. Und so erfahren eben Angehörige auch die wichtige Stütze und erhalten die richtigen Informationen. Ich kann hier Beispiele nennen: Familiensportclub, die haben einen solchen im Bereich der Lebenshilfe entwickelt. Die Lebenshilfe haben vor 25, 30 Jahren, jedenfalls bei uns in Bayern, große Verdienste erworben, indem sie nicht nur Vereine gegründet haben, sondern auch Trägerschaften übernommen haben für Schulen, vorschulische Einrichtungen bis hin zu Werkstätten.

Ein sechster Punkt ist die Öffentlichkeitsarbeit, da sind unsere Gruppen unverzichtbar geworden, um bestimmte Themen in die Bevölkerung zu transportieren. Sie sind viel effektiver als die „fremdbeschriebene“ Öffentlichkeitsarbeit, weil sie direkt wirken, von Person zu Person, wir haben das immer wieder festgestellt auf unseren Infomärkten. Die Infostände, Dialysegruppen zum Thema Organspende, das sind solche Beispiele,

wo das Thema „Organspende“ ganz anders an die nichtbetroffene Öffentlichkeit hinüberkommt, als wenn eine große Resolutionen über den Rundfunk oder das Fernsehen gemacht wird.

Der siebte Punkt, das sind Interessenvertretung und Lobbyarbeit. Selbsthilfegruppen übernehmen natürlich auch die Interessenvertretung. Sie sind Lobbyisten für ihre Wünsche, und sie haben sich in dem Zusammenhang sehr bewährt. Ich habe am Anfang unserer partnerschaftlichen Beziehungen mit Suhl immer gesagt, es ist wichtig, daß man sich zusammenschließt, um seine Interessen in einem neuen Aufbruchs-System, das man noch nicht kennt, einzubringen. Gerade in den neuen Bundesländern ist dieser Bereich äußerst wichtig gewesen, man kann auf Sozialplanung ein Stück weit verzichten, ich sage sogar weitgehend verzichten, wenn man eben mit den Selbsthilfegruppen und ihrer Interessenvertretung eng zusammenarbeitet: Was man mit den Gruppen macht, kann nie falsch sein, was man gegen sie macht, kann schon falsch sein; Bei uns in Würzburg hat sich dann ein großer Interessenbereich gebildet. Es haben sich alle Selbsthilfegruppen in einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen. Sie sind als Partner der Stadt in vielen Bereichen tätig, z.B. haben wir gemeinsam das „barrierefreie Würzburg“ entwickeln können. Inzwischen kann man sichtbar feststellen, daß diese Arbeitsgemeinschaft Behinderte mit allen Selbsthilfegruppen in dieser Strukturarbeit eine Vielzahl von Ergebnissen erreicht hat.

Der achte Bereich ist die Innovation, man kann es auch als „soziale Feuerwehr“ bezeichnen, denn Betroffene erkennen zuallererst Lücken in der Versorgung. Beispielsweise haben wir die Selbsthilfegruppe „Frühgeburt“, sie kämpft für eine bessere Versorgung der Frühgeborenen und ihrer Eltern auf emotionaler Ebene. Ein solches Thema kann nur eine Elterngruppe entwickeln, die betroffen ist und die das selbst am eigenen Leibe erfahren hat. Wir haben ein eigenes Haus bereitgestellt und ein Konzept entwickelt, wo die Elternkreise chronisch kranker Kinder zusammen sind. Das geht inzwischen so weit, daß auch Übernachtungsmöglichkeiten für Eltern angeboten werden, die von weit außerhalb kommen, z.B. aus der Schweiz und sogar aus den skandinavischen Ländern, deren Kinder in Würzburg auf den Intensivstationen sind. Die Eltern können übernachten unter „psychosozialer Betreuung“ der Eltern, die sich engagieren, nicht nur für sich, sondern auch für solche Eltern, die von außerhalb kommen. Innovation ist, das zeigt das Beispiel, etwas ganz Neues: Gästebetreuung für Eltern von außerhalb mit Kindern auf Intensivstationen.

Und der neunte und letzte Punkt: Fortbildung und Sensibilisierung der Profis im Sozialbereich. Die Selbsthilfegruppen zeigen den Profis sehr häufig auf, wohin sie sich im Umgang mit den Personen, für die sie da sind, bewegen müssen. Wir führen in Würzburg z.B. regelmäßig Medizinerseminare durch. Junge Ärzte sollen enger mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten, damit sie spüren, was eigentlich von dort

gewollt ist. Es ist eine ganz wichtige Sache, daß Professionelle in engem Kontakt mit Selbsthilfegruppen ihre Ausbildung und auch ihre Fortbildung machen.
Ich möchte meine bisherigen Ausführungen kurz zusammenfassen: Selbsthilfegruppen vor Ort knüpfen das soziale Netz enger, das „Mutmachende“ kommt in verschiedenen Bereichen zum Ausdruck, das ist für mich persönlich ein ganz wichtiger Punkt. Wir brauchen Mutmacher in jeder Hinsicht, und in den Selbsthilfegruppen haben wir sie als großes Beispiel. Sie können auch glaubwürdiger als die Professionellen vermitteln, worauf es ankommt. Wir realisieren Subsidiarität, ein ganz wichtiges Prinzip unserer Verfassung: der Vorrang der kleinen Gemeinschaft vor der großen, vor allem vor dem Staat. Selbsthilfegruppen sind ein Stück selbstbestimmende und selbstverantwortliche Gesellschaft, und ein Sozialstaat kann nur weiterleben, wenn er seine Bürgerinnen und Bürger als mündige Bürger ernst nimmt und wenn er mit ihnen partnerschaftlich die sozialen Probleme löst.
Ich komme zu den Grenzen der Selbsthilfe. Erster Punkt: Selbsthilfe kann kein Ersatz für professionelle Hilfe sein, jedenfalls nicht für begründete professionelle Hilfe. Die eigentliche professionelle Arbeit kann nicht ersetzt werden durch die Selbsthilfe, medizinisch-therapeutischer Art zum Beispiel. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, daß die Selbsthilfe die Profis mit „dazubindet“, daß sie sie einlädt, daß sie sich der Profis bedient, um sich selbst fortzubilden, sich selbst zu informieren. Die Rheumaliga oder die Osteoporosegruppe lädt beispielsweise Krankengymnasten ein, oder ein Rechtsanwalt geht zu einer Gruppe, um über Sorgerecht zu informieren.
Zweiter Punkt: Selbsthilfe braucht Unterstützung vor Ort, das hat sich herausgestellt in den vielen Jahren. Selbsthilfe entwickelt sich in der Regel nicht von alleine. Irgendwann kommt der Punkt, wo man fast verzweifeln möchte, man braucht Unterstützung vor Ort, man braucht ein Klima, das die Gruppengründungen und Gruppenbewegungen begleitet, und man braucht auch konkrete Hilfe. Das ist das Programm für unsere Kontaktstellen. Dazu kommt die Vernetzung der professionellen Ebene mit der Selbsthilfe und der ehrenamtlichen Ebene, auch dies läßt sich nur über Selbsthilfekontaktstellen erreichen.
Der dritte Punkt: Selbsthilfe ist nicht für jeden Bürger eine sinnvolle Hilfe, auch darüber müssen wir uns im klaren sein, man kommt oft in die Gefahr, daß man sagt, Selbsthilfe sei ein Allheilmittel. Es gibt Menschen, die haben nicht das Bewußtsein, daß sie Betroffene sind, daß sie Selbsthilfe brauchen. Manche haben auch nicht die Kraft, das durchzustehen, es wird sehr viel verlangt von einem, der sich in der Selbsthilfegruppe aktiv betätigt, und das ist nicht von jedermann zu erwarten. Wir haben das Thema mit den „nassen“ Süchtigen, die noch keinen Leidensdruck verspüren, oder bei Menschen mit Depressionen, die oft nicht über die Kraft verfügen, selbst zu einer Grup-

pengründung zu kommen. Man muß auch die Grenzen sehen, die in der Situation begründet liegen.

Der vierte und letzte Punkt: Akute Krisen überfordern in der Regel auch Selbsthilfegruppen. Stark selbstmordgefährdete Personen oder Personen mit massiver Mehrfachproblematik lassen sich nur sehr schwer in Selbsthilfegruppen organisieren. Hier muß man wissen, wo die Grenzen liegen, man darf keine Überforderung betreiben. Da können sogar Selbsthilfe-Aktive zusammenbrechen, wenn man es überzieht, sie können wieder zurückfallen in ihre Situation, aus der sie sich selbst befreien wollten. Also, es ist Vorsicht geboten, wenn die Situationen zu schwierig werden, vor allem, wenn akute Krisensituationen dazukommen.

Ich fasse zusammen: Selbsthilfegruppen und Professionelle sollten enger zusammenarbeiten. Selbsthilfe, ergänzend zur professionellen Seite, muß vor Ort unterstützt und vernetzt werden. Dies ist in der Regel nur professionell möglich. Selbsthilfe kann Lücken im sozialen Bereich aufdecken und angehen, aber sie darf nicht als „Billiglösung“ mißbraucht oder alleingelassen werden. Selbsthilfe kann zwar zunächst einmal die Funktion einer ehrenamtlichen „sozialen Feuerwehr“ übernehmen, aber auf die Dauer braucht sie eine entsprechende Unterstützung. Wenn es sich um Krisensituationen handelt, ist sie in der Regel sogar überfordert. Dann sind die Grenzen erreicht. Unter dem Strich überzeugen die ersten neun Punkte, die ich Ihnen eingangs deutlich gemacht habe, mehr als die Grenzen davon, was wir an der Selbsthilfe haben.

12.2 Selbsthilfe als Beitrag zur Weiterentwicklung des Sozialstaates

Prof. Dr. Thomas Olk, Universität Halle/Saale

Ich möchte anfangen mit der Frage danach, was Selbsthilfe nicht leisten kann, um deutlicher herauszuarbeiten, was Selbsthilfe kann. Was kann Selbsthilfe nicht?, und diese Frage ist wiederum politisch gemeint. Selbsthilfe kann zweierlei nicht, und man sollte es auch nicht von ihr erwarten: 1. **Selbsthilfe kann keine deutliche Entlastung des Sozialstaates bei seinen Kernaufgaben erreichen oder leisten**, und dies sollte man auch von Selbsthilfe nicht erwarten. Der Sozialstaat wird nicht aus seiner politischen Pflicht der Daseinsfürsorge und der Herstellung gleichartiger Lebensbedingungen entlassen; also das Sozialstaatsgebot kann nicht sozusagen vom Staat auf andere Leistungsträger in wesentlichen Punkten dessen, was der Sozialstaat tut, verschoben werden. 2**. Selbsthilfe kann den Sozialstaat auch nicht direkt und unmittelbar beeinflussen im Sinne der Diskussion „Weiterentwicklung bzw. Umbau des Sozialstaates“**. Selbsthilfe kann zwar einen Beitrag dazu leisten, aber die Selbsthilfebewegung versteht sich nicht direkt als eine Bewegung, die den politischen

Auftrag für sich definiert, direkt auf den Staat bzw. auf Politik einzuwirken. Die Wirkungen, auch die reformorientierten, innovativen Wirkungen, sind oft indirekt und vermittelt. Es ist keine politische Bewegung zur Reform des Sozialstaates.

Was aber Selbsthilfe kann, das hat Herr Motsch bereits deutlich herausgestellt: Selbsthilfe ist ein Leistungsbereich, der komplementär, also ergänzend zum Sozialstaat etwas leistet, was der Sozialstaat selbst im Kern nicht leisten kann, und da liegt die Stärke der Selbsthilfe. In Selbsthilfegruppen, in Selbsthilfeinitiativen wird etwas getan und geleistet, was der Sozialstaat, selbst wenn er genug Geld hätte, aufgrund seiner besonderen Verfaßtheit nicht leisten könnte und auch nicht leisten sollte. Also, er könnte es nicht, und er soll es meiner Meinung nach auch nicht. Das ist natürlich vom Grundverständnis her die Überlegung, daß der Staat nicht alles heilen und alles regeln kann und dem Bürger auch nicht alles abnehmen soll. Was kann also vor diesem Hintergrund Selbsthilfe? Wir können die Leistungen von Selbsthilfe noch einmal anders ordnen.

Was kann Selbsthilfe auf der individuellen, der sozialen und der gesellschaftlichen Ebene? Da finden wir in den empirischen Studien zu dem, was Selbsthilfe leisten kann, doch sehr Interessantes. Man kann erst einmal sagen - das hat Alf Trojan in seiner Studie aus der Mitte der 80er Jahre bereits deutlich gemacht -, es gibt einen Spannungsbogen zwischen Selbstveränderung und Sozialveränderung, und in diesem Spannungsbogen von Selbstveränderung und Sozialveränderung stehen die Leistungen der Selbsthilfegruppen, mit zunächst einmal eindeutigem Schwerpunkt bei der Selbstveränderung, das kann auch gar nicht anders sein. Wenn wir uns die Probleme und Ausgangslagen der Betroffenen anschauen, die sich hier organisieren, die wir ja gestern bei der Vorstellungsrunde der anwesenden Projekte in Erfahrung gebracht haben, oder wenn man sich die vielen Beispiele, die Herr Motsch eben erwähnt hat, noch einmal vor Augen führt, dann geht es zunächst einmal um Menschen, die in einer bedrückenden Lebenssituation, betroffen von einer chronischen Erkrankung oder einem psychischen Leiden, erst mal dafür sorgen müssen, daß sie selber über die Runden kommen. Deswegen ist Selbstveränderung zunächst ein ganz wichtiger Teil der Leistungen von Selbsthilfe, der sich auf die anderen Ebenen auswirken wird.

Die Leistungen und Aktivitäten der Selbsthilfegruppen sind ja vielfach untersucht worden, z.B. durch die Befragungen des ISAB-Institutes, die in dem Material, das wir zur Tagung bekommen haben, noch einmal in einer Tabelle ausgedruckt sind. Man kann sehen, daß zwei Leistungen sehr stark im Vordergrund stehen, mit jeweils 94 % der Nennungen: Tips und Informationen untereinander austauschen und gegenseitige emotionale Unterstützung. Ich will das nur noch einmal in Erinnerung rufen, um deutlich zu machen, hier liegt zunächst einmal der Kern dessen, was die wesentlichen

Aktivitäten der Gruppen ausmacht und was auch zu wichtigen Stabilisierungserfolgen bei den Betroffenen führt: Sie können ihren Alltag besser bewältigen. Alles andere, die Beeinflussung nach außen, Öffentlichkeitsarbeit, Leistung für Dritte erbringen, Sozialveränderung einleiten, das kommt dann hinzu und ist ein Bestandteil der Aktivitäten, aber der Ausgangspunkt ist immer erst mal „ich muß mit mir selber klarkommen, ich muß mein Leben organisieren können". Das ist die Voraussetzung dafür, daß alles weitere geschehen kann, das geht jedem einzelnen von uns so, nur daß wir nicht alle gleichermaßen von einem schweren Problem betroffen sind. Aber bevor wir uns in soziale Belange, in politische Zusammenhänge einmischen, müssen wir mit uns selber klarkommen. Wenn wir das nicht können und schon bei unseren Alltagsproblemen scheitern, schaffen wir das andere auch nicht. Insofern ist das ein ganz normaler Zusammenhang.

Damit komme ich zu den Leistungen der Selbsthilfegruppe auf der individuellen Ebene. Wir wissen aus der Selbsthilfeforschung, daß Mitglieder von Selbsthilfegruppen, also Frauen und Männer, die sich in Selbsthilfe engagieren, besser mit Depressionen umgehen können. Sie werden kontaktfreudiger, d.h. sie sind wieder in der Lage, Kontakte mit anderen einzugehen, sie haben sich ja vorher auch zurückgezogen. Diese Kontakte geschehen zunächst innerhalb dieser begrenzten Gruppe, wo man sich auch vertraut, und können aber dann danach ausgedehnt werden auf Kontakte „nach draußen". Man sieht noch einmal die Voraussetzungen, die Selbsthilfegruppe ist die Basis für weitere Aktivitäten, die nach außen strahlen. Es gibt eine Zunahme von Konfliktfähigkeit: Menschen, die sich in Selbsthilfe organisieren, können auch mal einen Konflikt durchstehen, wenn sie überzeugt sind, daß es richtig ist, was sie vertreten. Sie können ihre Ansprüche bewußtmachen, reflektieren und nach außen artikulieren. Sie haben auch ein verstärktes Interesse, über verschiedene Dinge - die eigene Identität, die eigene Lebenssituation - zu reflektieren. Dies ist eine Basis für nach außen gerichtete Aktivitäten.

Was bedeutet das im sozialen Bereich? Im sozialen Bereich bedeutet es, daß die Mitglieder von Selbsthilfegruppen aus ihrer Isolation, ihrer Nische herauskommen können; Einsamkeit und Isolation werden überwunden, zumindest partiell und schrittweise. Es ist nicht so, daß man durch Selbsthilfe mit einem Mal in das Land der Glückseligkeit überwechselt, sondern man kämpft ja täglich neu mit diesen Dingen, die man zum Teil nicht mehr ändern kann. Wichtig ist die Erfahrung der Gleichbetroffenheit anderer von einem ähnlich schweren Schicksal, Leiden oder Problem, das macht Mut, es vermittelt das Gefühl, daß andere damit auch klarkommen (müssen) und daß es Wege gibt, sich in dieser Situation einzurichten. Auch das Gefühl, anders zu sein als die „Normalen", ist ja oft Ausgangspunkt dafür, sich zurückzuziehen, in Depression zu versinken, in Passivität; die Erfahrung, daß andere auch mit diesem Problem umgehen

müssen, stützt hier die eigene Kompetenz, aber auch das eigene Selbstbewußtsein, und man sieht in der Gruppe auch erste Erfolge, d.h. man erfährt, daß man Unterstützung geben kann und daß man Unterstützung bekommt. Das ist natürlich ungemein wichtig, man merkt, daß man in der Gruppe selber nicht nur ein Nehmender ist, nicht nur passiv, nicht nur sozusagen ein Kostgänger der Leistung anderer, sondern daß man selber tatsächlich anderen noch etwas geben kann.

Damit komme ich zur politischen Ebene. Es ist ganz klar, daß erst auf der Grundlage dieser Erfahrungen und Leistungen von Gruppen die psychische und soziale Grundlage dafür gelegt ist, Forderungen nach außen stellen zu können. Wenn man sich jetzt selbst an Fachkräfte, an professionelle Helfer richtet, mit eigenen Vorstellungen und Forderungen, dann setzt das voraus, daß ich mir diese erst einmal bewußtmache und daß ich mich traue, sie zu artikulieren. Dies setzt aber bestimmte Gruppenprozesse bereits voraus. Es geht also darum, Mut zu entwickeln, auf das professionelle Versorgungssystem Einfluß zu nehmen und sich aber auch in das umliegende Gemeinwesen einzumischen. Herr Motsch hat über die „barrierefreie Stadt“ gesprochen; das ist ja nur ein kleines Beispiel dafür, wie im unmittelbaren Gemeinwesen, in dem ich lebe, Dinge anzugehen sind, für die ich vielleicht sogar eine Spezialkompentenz habe. Nur ein Behinderter, der im Rollstuhl fährt, weiß, wo die Ecken sind, über die er nicht kommt, und welche Dinge in der Stadt behindertenunfreundlich gestaltet sind; andere Menschen, sind da oft sehr unsensibel, sie sind gutmeinend, aber oft machen sie genau das Gegenteil. Nur derjenige, der weiß, wie das ist, kann das beurteilen und kann auch dadurch als Experte für seine Angelegenheit, für sein Problem, für sein Leiden eventuell aufstehen und kann seine Probleme artikulieren.

Es geht im nächsten Schritt um die Gestaltung der Lebensbedingungen im städtischen Raum um mich herum, und zwar genau in bezug auf die Dinge, die in der Gruppe selber auch schon Thema waren. Es geht nicht um große Parteipolitik, es geht um die Umgestaltung meiner sozialräumlichen Lebensbedingungen, damit ich mit meinem Alltag besser klarkommen kann. Dies bedeutet aber, wenn ich das verallgemeinere, daß die Selbsthilfegruppen insgesamt doch so etwas sind wie eine kritische Konsumentenbewegung. Es ist eine Bewegung, die den Konsumentenstatus von uns allen im hochentwickelten Sozialstaat thematisiert. Selbsthilfe ist eine Konsumentengewerkschaft. Es ist die Organisation von uns allen in unserer Rolle als Inanspruchnehmer von Diensten und Leistungen des Sozialstaates. Dies bedeutet auch, daß die Gruppen sich in dieser Rolle artikulieren. Sie müssen lernen, sich als Konsumenten gegenüber dem Versorgungssystem zu artikulieren und Ansprüche, aber auch Kritik geltend zu machen. Durch die Selbsthilfe entsteht ein kritisches Korrektiv für den Sozialstaat. Die Wirkungen sind oft nicht direkt, es ist nicht so, daß sich hier

eine politische Bewegung zur Reform des Sozialstaates herausbildet, aber über die Lernprozesse in den Gruppen entsteht so etwas wie ein kritisches Potential.

Es entstehen entsprechende Handlungskompetenzen, und es entstehen entsprechende psychische Dispositionen, um sich in solche Angelegenheiten einzumischen, sich zu melden und zu sagen „Hier, wir sind auch noch da! Wir sind eigentlich die, die dieses riesige System der Umverteilung, an dem wir uns ja selber beteiligen über unsere Steuern, die also über dieses riesige Umverteilungssystem bestimmte Leistungen in Empfang nehmen, und wir wissen am besten, ob diese Leistungen wirklich bedürfnisgerecht sind oder ob sich hier so etwas wie eine 'Betreuungsmentalität' oder auch eine Versorgungsmentalität durchsetzt." Versorgungsmentalität in dem Sinne: „Wir haken nur die Leistungen ab und können dann hinterher in politischen Verlautbarungen und Dokumenten sagen, was wir alles getan haben" oder aber „Wir verwalten und versorgen die Bürger, nehmen ihnen alles ab und erzeugen dadurch so etwas wie erlernte Hilflosigkeit".

Das heißt, politische Apathie und Rückzug können durch Selbsthilfe überwunden werden, und damit entsteht so etwas wie eine Demokratisierung von unten, eine Bürgergesellschaft in einem ganz pragmatischen und nicht überzogenen, utopischen schlechten Sinne, sondern es entsteht dadurch Bürgergesellschaft, indem Bürgerinnen und Bürger überhaupt erst einmal in die Lage versetzt werden, in ihrem Gemeinwesen zunächst sich einzumischen, sich zu artikulieren und damit auch aufgrund ihrer Kompetenz ernst genommen zu werden. Sie haben einen Anspruch darauf, ernst genommen zu werden, und da sehe ich im Moment die große Rolle der Selbsthilfebewegung, denn der Sozialstaat steht ja im Moment in einer ganz schwierigen Umbruchsituation: Während bisher über den Umbau des Sozialstaates - und Umbau heißt immer stärker auch Abbau - nur geredet wurde, sind wir im Moment in einer Situation, wo zum ersten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik Ernst gemacht wird mit wesentlichen Einschnitten in das Leistungssystem. Das ist ein wichtiger Punkt; der andere wichtige Punkt ist, daß ein ganz neues Denken bei den Reformvorhaben, die gegenwärtig diskutiert werden, eine Rolle spielt. Dieses neue Denken heißt Effizienz- und Effektivitätsorientierung. Wir haben bisher sozialpolitische Reformen oft unter anderen Gesichtspunkten diskutiert, z.B. Gerechtigkeit, Gleichartigkeit der Lebensverhältnisse, ethische Grundorientierung usw. Heute geht es um etwas anderes. Sozialstaatliche Leistungen werden nur dann Bestand haben, und nur solche Leistungen werden Bestand haben, an denen man zeigen kann, daß sie sich rechnen, und von denen man zeigen kann, daß sie kostenbewußt erbracht werden. Das ist keine Frage des Wollens und Wünschens von uns, sondern das ist der politische Diskurs, der gegenwärtig läuft, und das heißt auch, daß

betriebswirtschaftliches Denken und Wettbewerbsdenken in den Sozialstaat Einzug hält.

Genau hier sehe ich in der Selbsthilfe, in den Selbsthilfegruppen, eine wichtige Konsumentenbewegung, die darauf Einfluß nehmen kann und prüfen kann, ob das, was dann jetzt gemacht wird, wirklich nur noch auf Effizienzsteigerung hinausläuft, also mit dem geringsten Mitteleinsatz doch noch irgendwas zu erreichen, oder ob es wirklich um Effektivitätssteigerung geht, und Effektivitätssteigerung heißt ja, daß man die Ziele, die man sich setzt, wirklich besser erreicht durch geeignete Maßnahmen, Instrumente und Leistungen. Da sehe ich eine wichtige Korrektiv- und Kritikfunktion der Selbsthilfe, um gegenwärtige tiefgreifende Umstrukturierungen des Sozialstaates sozusagen im Sinne einer großen Qualitätssicherungsbewegung zu begleiten, kritisch zu begleiten, und damit ein Korrektiv gegenüber den Managern und Rechnern zu sein, die ja doch im Moment eher das Sagen haben, und die Sicht der Konsumenten hier stark zu machen.

12.3 Tischvorlage: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms durch ISAB

Die Zahl der Selbsthilfegruppen und Initiativen ist in den vergangenen 10 Jahren kontinuierlich gestiegen. Zwischen 1985 und 1995 hat sich die Zahl der Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik verdoppelt. Heute engagieren sich ca. 2,6 Mio. Menschen in 67.500 Gruppen, hiervon 60.000 Gruppen in den alten, 7.500 Gruppen in den neuen Bundesländern. Der Vergleich der Gruppendichte in den neuen und alten Bundesländern zeigt, daß in den fünf Jahren seit der Wende in den neuen Bundesländern in Städten die Hälfte und in ländlichen Regionen nahezu das Niveau der Gruppendichte der alten Bundesländer erreicht wurde (**vgl. Abb. 5**).

Die stetige Zunahme der Selbsthilfegruppen und die hohe Bereitschaft zum Engagement für sich und andere eröffnen für den Sozialstaat - bei hinreichender Förderung der Selbsthilfe - Chancen zur Bewältigung vieler sozialer und gesundheitlicher Probleme, die durch professionelle Versorgungssysteme nicht hinreichend gelöst werden.

Die Leistungen von Selbsthilfegruppen und Initiativen in den sozialen und gesundheitlichen Bereichen ist gesellschaftlich nützlich und spart dem Sozial- und Gesundheitssystem nachweislich viele Millionen DMark. Selbsthilfe fördert die individuellen Kompetenzen der Bürger bei sozialen und gesundheitlichen Belastungen und Lebenskrisen. Damit wirkt sie der Ausgrenzung und Isolation entgegen und stärkt die Solidarität. Neue Hilfepotentiale werden bei den Betroffenen aktiviert. Selbsthilfe ergänzt das staatliche Sozial- und Gesundheitssystem, macht Versorgungslücken deutlich und aktiviert neue und qualitativ andere Potentiale als das professionelle

Hilfesystem. Damit ist Selbsthilfe kritischer Begleiter des Sozialstaates, setzt innovative Impulse, fördert die Artikulation und Interessenwahrnehmung von Konsumenten. Selbsthilfe trägt auch zur Partizipation und Identifikation der Bürger bei (**vgl. Abb. 6**).

Das Engagement in Selbsthilfegruppen wird den Bedürfnissen nach neuen Formen der Gemeinschaftsbildung und nach neuen Formen des freiwilligen Engagements gerecht, die sich infolge des sozialkulturellen Wandels und des Wertewandels ergeben haben.

Selbsthilfegruppen und Initiativen sowie ihre unterstützende Infrastruktur (Selbsthilfekontaktstellen) übernehmen Mittlerfunktion zwischen den professionellen Diensten des Sozial- und Gesundheitssystems und den kommunalen Akteuren (Verwaltung, Krankenkassen, Ärzteschaft etc.). Selbsthilfekontaktstellen übernehmen ferner eine wichtige Clearingfunktion auf der kommunalen Ebene.

In Selbsthilfegruppen engagieren sich ca. fünf Prozent der Erwachsenen. In den Gruppen kommen Menschen zusammen, die ihre persönlichen Probleme lösen wollen und neue Lebensperspektiven suchen. Die Mitgliedschaft ist außerdem ein Weg, sich auch für andere zu engagieren. Insbesondere Mitglieder von außenorientierten Gruppen und von Initiativen unterstützen andere Betroffene und setzen sich für deren Belange ein.

Trotz der vielfältigen Leistungen von Selbsthilfegruppen (**vgl. Abb. 7**) und der positiven Erfahrungen, die viele Menschen in Selbsthilfegruppen gewinnen konnten, ist das Wissen über den individuellen und gesellschaftlichen Nutzen der Selbsthilfe, über die Formen und die Handlungsfelder der Selbsthilfe sowie über den Unterstützungsbedarf von Selbsthilfe bei vielen Politikern, Fachleuten und Bürgern noch immer gering. Erkenntnisse über die Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe sind durch über 15 Jahre Selbsthilfeforschung in zahlreichen Veröffentlichungen dokumentiert. Der Transfer der Ergebnisse auf die politische Ebene, also zu Politikern und Entscheidungsträgern, die für eine verbesserte Förderpolitik verantwortlich sind, ist dennoch auch in Zukunft eine wichtige Aufgabe.

Abb. 5: Umfang der Selbsthilfe

⇨ **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

⇨ **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

© ISAB Köln 06/1996. Stat. Erhebungen zu Selbsthilfegruppen in den neuen Bundesländern (n = 1.972 Gruppen). Stat. Erhebungen zu Selbsthilfegruppen in den alten Bundesländern (n = 2.937 Gruppen).

Abb. 6: Selbsthilfe als Gegenstand der Sozialpolitik

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 Engagement der Gruppenmitglieder** basieren

Selbsthilfe umfaßt nicht ...

⇨ soziale und gesundheitliche **Initiativen, Projekte, Dienste und Einrichtungen,** deren Leistungen **überwiegend von festangestellten Kräften** erbracht werden

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

Abb. 7: Verschiedene 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 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.

12.4 Diskussion im Forum 1

Diskutiert wird zunächst, inwieweit Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern hinsichtlich der Motive für die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe bestehen. In diesem Zusammenhang wird kritisiert, daß in der DDR die Mentalität bestand, „der Staat habe die Pflicht zu helfen“. Diese Omnipotenz des Staates wirkt sich auch auf die Nachwendezeit aus, sie führt zu einer schädlichen Konsumenteneinstellung. Hieraus wird abgeleitet, daß aufgrund dieser Konsumenteneinstellung die Selbsthilfe in den neuen Bundesländern noch nicht die Breitenwirkung erzielt hat, die sie in den alten Bundesländern hat. Andererseits wird die Auffassung vertreten, daß Selbsthilfe in den neuen Bundesländern wesentlich stärker politisch motiviert ist. Die Aufbruchstimmung nach der Wende hat sich auch auf die Arbeit von Selbsthilfegruppen übertragen, die ihre Mitarbeit in Selbsthilfegruppen als Herausforderung an den Sozialstaat sehen. Beispiele hierfür sind die Themen Arbeitslosigkeit, besonders bei Frauen, Wohnungslosigkeit bzw. die Art, wie Wohnungen saniert werden, sowie das Thema Sozialhilfebedürftigkeit.

Kontrovers diskutiert wird, wieso die soziale Selbsthilfe in den neuen Bundesländern keinen höheren Stellenwert als die gesundheitliche Selbsthilfe erlangt hat. Als ein Argument wird angesprochen, daß auch in den neuen Bundesländern Selbsthilfe etwas für Bürger ist, die nur kleinere „Wehwehchen“ haben, nicht aber für Bürger mit ernsten Problemen. Herr Trojan aus Hamburg führt hierzu aus, daß eine Scham besteht, sich zu sozialen Themen zu bekennen. Im Gegensatz dazu ist es für Rheumakranke relativ einfach zu reden, da die Krankheit nicht als selbstverschuldet angesehen wird aber daß man Schulden hat oder daß man mit der Pflege seines Angehörigen nicht zurechtkommt, wird als selbstverschuldet betrachtet.

Kritik geübt wird am Kontaktstellenmodell, dem es scheinbar nicht gelingt, verstärkt soziale Selbsthilfegruppen zu aktivieren. Eine Überprüfung der Selbsthilfekontaktstellen ist dahingehend notwendig, ob sie im Bereich sozialer Probleme genauso sensibel und niederschwellig sind wie im Bereich der chronischen Erkrankungen und der psychosozialen Störungen. Frau Essdorf-Klee aus Hamburg gibt jedoch zu bedenken, daß viele Selbsthilfekontaktstellen finanziell und personell nicht adäquat ausgestattet sind. Sie verfügen somit kaum über die notwendigen Ressourcen, langfristig soziale Selbsthilfegruppen aufzubauen.

In einem weiteren Diskussionsteil wird die Frage aufgeworfen, inwieweit es der Selbsthilfe gelungen ist, einen Beitrag zum Umbau der Strukturen im Sozial- und Gesundheitswesen zu leisten. Herr Wend aus Berlin gibt zu bedenken, daß ein Widerspruch zwischen dem hohen Anspruch der Selbsthilfebewegung der 70er und 80er Jahre zum Thema „Weiterentwicklung des Sozialstaates“ und den tatsächlichen Beiträgen und Innovationen durch die Selbsthilfebewegung besteht. Nach seiner

Auffassung ist es auch den Selbsthilfekontaktstellen noch nicht gelungen, diesen Widerspruch aufzulösen.

Verwiesen wird jedoch auch darauf, daß soziale Selbsthilfe nicht als Ersatz für notwendige sozialstaatliche Leistungen gesehen werden kann und sollte. Soziale Selbsthilfe ist nicht in der Lage, strukturelle Probleme wie Sozialhilfebedürftigkeit und Arbeitslosigkeit zu beheben. Sie kann jedoch einen entscheidenden Beitrag für den persönlichen Umgang der Betroffenen mit dem Thema sowie für die Aktivierung und Bekämpfung der Isolation der Betroffenen leisten.

In einem letzten Abschnitt wird noch einmal die Frage des Verhältnisses zu sozialer und gesundheitlicher Selbsthilfe diskutiert. Herr Stark aus München weist darauf hin, daß die Erwartung von Leistungen der Krankenkassen sowie die Einschränkung der Kassenleistungen auf „gesundheitliche und rehabilitative Selbsthilfe“ zur starken Orientierung auf das Thema Gesundheit geführt haben. Diese enge Auslegung von Gesundheit und Gesundheitsförderung ist jedoch problematisch, da häufig Zusammenhänge zwischen sozialen und gesundheitlichen Themen bestehen. Dies kann jedoch anders sein, wie die Erfahrungen von Selbsthilfegruppen in den USA zeigen. Dort ist zu beobachten, daß es eine Entwicklung von einer Consumer-Bewegung zur Prosumer-Bewegung gibt. Consumer-Bewegung läßt sich als Konsumentenbewegung übersetzen, Prosumer-Bewegung steht für Selbsthilfegruppenmitglieder, die ihre Leistungen auch mit selbst produzieren, also Betroffene, die selbst in professionellen Einrichtungen mitarbeiten. Die Erfahrungen in den USA zeigen, daß hierdurch das professionelle Selbstverständnis der Fachkräfte entscheidend in Frage gestellt wird und daß es zu erheblichen Veränderungen in Beratungsstellen, Arztpraxen, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen kommt.

13. Forum 2: Wem nützt Selbsthilfe? Gesellschaftliche und ökonomische Bedeutung der Selbsthilfe

Moderator: Christoph Nachtigäller, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, Düsseldorf

13.1 Zur Bedeutung der Selbsthilfe

Prof. Dr. Hans Dietrich Engelhardt, Fachhochschule München

Ich bin Professor für Soziologie und Sozialarbeit an der Fachhochschule München. Wir bilden Sozialarbeiter und Sozialpädagogen aus. Es interessiert mich der Zusammenhang von Selbsthilfe und Sozialarbeit, also Selbsthilfe nicht als kleine Inseln irgendwo, die auch noch existieren, sondern Selbsthilfe und Selbstorganisation als wesentlicher Teil sozialer Hilfen. Ich bin seit etwa 10 Jahren in München mit der Förderung der Selbsthilfe liiert und arbeite mit dem Selbsthilfezentrum in München zusammen. Wenn Personen Probleme haben, und da gibt es ja eine ganze Menge, dann werden sie versuchen, diese in Selbstorganisation zu lösen. Hierbei werden sie unterstützt von Familie und Freunden. Es handelt sich also um private Formen der Bewältigung, die öffentlich überhaupt nicht in Erscheinung treten. Die zweite Form sind selbständige Selbsthilfeinitiativen und auch Selbsthilfeinitiativen, die eine gewisse Unterstützung brauchen. Man unterscheidet zweckmäßigerweise zwischen einer strukturellen Förderung, d.h. durch Beratungsstellen und entsprechende Infrastruktur, also das Anbieten von Räumen, Geräten und anderen Dingen. Die zweite wichtige Säule ist die sogenannte Maßnahmenförderung, also daß einzelne Initiativen für sich und ihre Arbeit Geld beantragen können. Aus meiner Sicht sind beide Formen gleichgewichtig zu sehen. Beide decken verschiedene Dinge ab. Demgegenüber gibt es die entsprechenden Einrichtungen in der Sozialhilfe, und auch dort spielt mittlerweile das Prinzip der Selbstorganisation eine zunehmende Rolle. Ich habe dies am Beispiel der Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände untersucht und bin zu dem Ergebnis gekommen, daß bei mindestens 80 % derer, die Hilfe bekommen, zumindest Anteile von Selbstorganisation möglich sind. Also auch in stationären Einrichtungen, z.B. der Psychiatrie, können Betroffene eine ganze Menge selber machen. Vom Zimmersaubermachen bis zum Kochen und Essenbesorgen, und das heißt dann, daß auch die Rehabilitationsmöglichkeiten sehr viel günstiger sind. Daß es sich um eine kontinuierliche Entwicklung handelt und Selbstorganisation das Zentrum sein kann, aber dann im Extrem auch so abnehmen kann, bei Personen, die da nicht mehr mitwirken können, daß es zu einer umfassenden, d.h. totalen Versorgung kommt. Ich stütze mich bei den folgenden Aussagen auf eine Untersuchung, die wir in München durchgeführt haben, von der gestern schon der ökonomische Teil von meinem

Kollegen Wolfgang Stark vorgestellt wurde. Die Ergebnisse der Ausführungen, die ich Ihnen vorstellen möchte, habe ich zu Thesen zusammenfaßt.

Selbsthilfeinitiativen ergänzen die soziale Versorgung in München, indem sie Versorgungslücken schließen. Nun gibt es im Zusammenhang des Gesundheitsbereiches ein ausgebautes Gesundheitssystem, und in diesem Zusammenhang werden ganz bestimmte Dinge so gut wie nicht bearbeitet. Das ist z.B. die psychosoziale Verarbeitung von Behinderungen und chronischen Krankheiten. In diesem Bereich leisten die Initiativen etwas, was professionell kaum zu organisieren ist. Es ist mir wichtig, daß man sieht, daß die Initiativen nicht nur in Konkurrenz treten zu den professionellen Einrichtungen, sondern daß sie auch einen anderen Schwerpunkt anbieten, der professionell so nicht organisierbar ist, daß sie nämlich die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben organisieren. Jeder, der mit Behinderten und chronisch Kranken zu tun hat, weiß, daß eines der Hauptprobleme die Isolation ist. Und aus der Isolation rauszukommen, sei es dadurch, daß man in die Gruppe geht, oder dadurch, daß man miteinander nach außen geht, ist eine der zentralen Leistungen. Diese Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ist sehr eng verknüpft mit dem Informations- und Erfahrungsaustausch. Diese immateriellen Gesichtspunkte spielen in diesen Gruppen eine ganz zentrale Rolle; d.h. also verstanden zu werden, andere zu verstehen, sich anerkannt zu fühlen. Alle Untersuchungen kommen zu dem gleichen Ergebnis, daß diese immateriellen Zusammenhänge, das Sich-wohl-fühlen-Können in einer Gruppe, ein ganz zentraler Sachverhalt bei den Initiativen ist, der so nicht professionell organisierbar ist.

Selbsthilfeinitiativen modernisieren die soziale Versorgung. Jedenfalls tun sie das in München ganz eindeutig. Z.B. bei der selbstorganisierten Kinderbetreuung. Es gibt in München an die 100 Initiativen, die sich selbst organisiert haben, um ihre Kinder zu betreuen, denn es mangelt an Plätzen in den bereitgestellten Einrichtungen. Und hier kommt es jetzt in den Initiativen in der Regel zu einer sehr schönen Form der ganzheitlichen Kinderbetreuung. Ich bestreite nicht, daß auch manche der selbstorganisierten Initiativen Schwierigkeiten dabei haben, sich zu organisieren, weil die Personen nicht miteinander zurechtkommen, aber das gibt es in allen Gruppen. Aber im Prinzip kommen sie gut über die Runden. Entscheidend ist, daß die daran Beteiligten, also Eltern, Erzieher, dabei zusammenwirken. In diesem Zusammenhang ist es interessant, daß ganz andere Personalschlüssel realisiert werden. Wir haben in München festgestellt, daß diese Initiativen einen Personalschlüssel haben von einer Betreuungsperson auf vier Kinder. Wenn die Kinder ein bißchen größer sind, dann ist der Schlüssel 1:7. Davon können andere Einrichtungen nur träumen. Und das ist

übrigens auch ein Motiv, warum Erzieherinnen gern in diesen Initiativen arbeiten, weil sie ganz andere Arbeitsbedingungen haben. Zugleich können die dort angestellten Erzieherinnen ihre eigenen Bedürfnisse mit einbringen. Sie können also mit den Eltern aushandeln, inwiefern sie ihre eigenen Sachen mit unterbringen. Z.B. kann die Erzieherin in solchen Einrichtungen auch ihr eigenes Kind mitbringen.

Selbsthilfeinitiativen beschäftigen sich mit Problemen, die von professionellen Diensten überhaupt nicht bearbeitet werden. Es ist in der Regel so, daß die Initiativen viel näher an den Problemen dran sind, also gleichsam eine Art Seismograph darstellen, der die Probleme sehr viel eher aufnimmt als die hauptamtlich betriebenen Institutionen. Initiativen bilden sich sehr viel schneller als professionelle Einrichtungen. Wenn Sie sich den Planungsablauf für eine neue Einrichtung anschauen, dann ist das nur in wenigen Fällen unter drei Jahren zu machen. Also müssen Sie sich überlegen, was Sie machen, Sie müssen sich überlegen, wie Sie in die Finanzierungspläne reinkommen, dann müssen Sie sehen, wie Sie die entsprechende Einrichtung ans Laufen kriegen. Dann wird vorausgesetzt, daß Räume vorhanden sind. Initiativen sind sehr viel schneller an den Problemen dran und sind von ihrer Struktur her ungleich flexibler. Um Ihnen einige Beispiele hierfür bei geschlechtsspezifischen Fragen zu nennen. Es gibt z.B. Gruppen „Männer gegen Männergewalt“ oder auch das Informationszentrum für Männer in München. Oder auch Homosexuelle, die sich zusammentun und eine Art Kommunikationsraum für sich geschaffen haben. In München haben die Fraueninitiativen, insbesondere Mitte der 80er Jahre, eine ganze Reihe von Initiativen zu Fragestellungen aufgebaut, die ansonsten durch die allgemeinen Sozialdienste abgedeckt würden. Also der allgemeine Sozialdienst würde auf frauenspezifische Fragen eingehen, kann dies jedoch nicht, weil die Spezialisierung fehlt. Damit werden diejenigen, die die Hilfen haben wollen, regelmäßig enttäuscht. Da ist das Frauentherapiezentrum, das hat als Selbsthilfegruppe angefangen. Oder auch das Kommunikationszentrum für Frauen oder auch der Münchener Frauennotruf, der sich dem Problem der Vergewaltigung von Frauen und auch von sexuell mißbrauchten Kindern angenommen hat. Alles Dinge, die in der öffentlichen Diskussion eher tabuisiert worden sind. In diesen Initiativen sind sie aufgenommen worden, und die starke Nachfrage hat zu einer relativ schnellen Institutionalisierung geführt. Will heißen, daß diese Initiativen in wenigen Jahren so viel Nachfrage gefunden haben, daß die Stadt bzw. die zuständigen Fachbehörden gar nicht drum herumgekommen sind, sie entsprechend zu finanzieren. Diese Initiativen sind innerhalb von drei bis vier Jahren alle in der sogenannten Regelförderung gelandet. D.h. sie kriegen jetzt nicht nur finanzielle Zuschüsse zu ihrer Selbsthilfetätigkeit, sondern sind mehr oder weniger gleichgestellt mit den

Wohlfahrtsverbänden, die für ihre Arbeit auch Zuschüsse aus den öffentlichen Mitteln bekommen. Das ist eine rasante Entwicklung gewesen.

Man kann sagen, daß Selbsthilfeinitiativen eine Art Frühwarnsystem für aktuelle Probleme in der Gesellschaft sind. Sie finden überschaubare Gruppen, und diese Überschaubarkeit bedeutet auch, daß sie eine entsprechende soziale Wärme, d.h. Netzwerkcharakter, haben und dadurch auch primäre Netzwerke ersetzen. Sie tragen dazu bei, daß Personen ihre Probleme selbst in die Hand nehmen und sich ein Stück weit auch aus der Abhängigkeit von Professionellen befreien. Selbsthilfeinitiativen arbeiten ungewöhnlich spezialisiert und bedürfnisorientiert. Professionelle Einrichtungen können das sehr viel weniger, weil sie sehr viele andere Dinge noch beachten müssen, z.B. tarifrechtliche Abschlüsse. Außerdem müssen sie berufsständische Dinge beachten. Sie müssen sich mit den finanzierenden Behörden gut stellen, so daß sie letztlich in einer Situation sind, in der sie zwischen verschiedenen Zielsetzungen eine Balance herstellen müsssen. Initiativen tun sich da leichter, weil alle Mitglieder in der Regel Betroffene sind. Das bedeutet, daß ihnen die Bündelung auf die Problembewältigung sehr viel leichter gelingt als in den professionellen Einrichtungen.

Interessanterweise haben sich, und in München war das sicher auch der Fall, mehr als man das vor zehn Jahren hätte erwarten können, Kooperationsbeziehungen zwischen Professionellen und Initiativen entwickelt. Die Initiativen sind bisher sehr gut in der Lage, für die Dinge, für die sie professionellen Sachverstand brauchen, die entsprechenden Leute hinzuzuziehen. Also sie herauszusuchen und sie dann zu bitten, ihnen zu helfen. Die geringen Beträge, die die Initiativen ausgeben für Referate oder Hilfe, werden von den Fachleuten akzeptiert. Also die Verzahnung zwischen dem Selbsthilfebereich und dem professionellen Bereich entwickelt sich eigentlich sehr gut, also jedenfalls besser, als ich das vor zehn Jahren gedacht hätte.

Zusammenfassend kann man sagen, daß:

- Selbsthilfeinitiativen ein Frühwarnsystem für aktuelle und neue Probleme sind;
- Selbsthilfeinitiativen überschaubare, soziale Netzwerke bilden, in denen sich Betroffene verstanden, sicher und wohl fühlen;
- Selbsthilfeinitiativen ihre Mitglieder aktivieren, fördern und dazu beitragen, daß die Mitglieder neue Fähigkeiten entwickeln;
- Selbsthilfeinitiativen spezialisiert, bedürfnis- und problembezogen arbeiten;
- Selbsthilfeinitiativen traditionelle Wissensbestände nutzen und deren Schwachstellen und Lücken durch innovative Ideen und Konzepte überwinden;

- Selbsthilfeinitiativen je nach Problem geeignete Kooperationsformen mit Fachleuten sowie passende Organisations- und Vernetzungsformen entwickeln.

Damit möchte ich zu der Frage kommen, wem Selbsthilfeinitiativen nützen. Der Begriff des „Nutzens“ ist natürlich ein sehr trockener Begriff; ich denke, es reicht nicht aus, den Nutzen der Selbsthilfe einfach in Mark und Pfennig auszudrücken. Es geht darum, die vielfältigen Leistungen der Initiativen zu verdeutlichen. Diese Leistungen gehen weit über den Geldwert hinaus, da Selbsthilfeinitiativen das System der sozialen Hilfen innovativ in Bewegung bringen. Wem nützen also die Selbsthilfeinitiativen?

- Sie nützen all denen, die sich in ihnen zusammenschließen, wie alle einschlägigen Untersuchungen zeigen.
- Sie nützen anderen Menschen mit Problemen, weil sie für immer mehr Felder sozialer Arbeit neue Maßstäbe setzen.
- Sie nützen allen Betroffenen, indem sie die Hilfsangebote ergänzen, modernisieren und gleichzeitig neue Angebote schaffen.
- Sie geben wichtige Anhaltspunkte für die Sozialplanung von Bund, Ländern und Gemeinden.
- Sie nützen dem Gemeinwesen, weil sie durch ihre Arbeit Probleme bewältigen und zusätzliche Ressourcen einbringen.
- Sie setzen diejenigen Einrichtungen und Verbände unter Druck, die nichts ändern wollen, und nützen damit dem gesamten Sozial- und Gesundheitswesen.

Abschließend möchte ich noch einmal auf die Frage der Fördermodelle eingehen, die auf dieser Tagung im Mittelpunkt stehen. Wir haben in München einige sehr gute Erfahrungen mit unserem Fördermodell gemacht. Nach unserer Auffassung müssen optimale Fördermodelle für Selbsthilfeinitiativen die drei folgenden Elemente enthalten:

- Sie sollen strukturell fördern durch Kontakt- und Beratungsstellen, die Bereitstellung von Räumen, sachlichen Hilfen etc.
- Sie sollen Maßnahmenförderung betreiben, d.h. einzelne Selbsthilfeinitiativen für Sach- und Personalkosten finanziell unterstützen.
- Sie sollen für bewährte Selbsthilfeinitiativen den Übergang in die Regelförderung vorsehen, um ihr innovatives Potential für die Modernisierung sozialer Einrichtungen nutzbar zu machen.

Gerade bei dem letzten Punkt geht es darum, daß aus unserer Sicht Förderung dazu beitragen muß, daß eine Initiative, wenn sich sich bewährt hat und entsprechende Nachfrage bei den Betroffenen findet, daß sie dann auch eine dauerhafte Finanzierung bekommen sollte. Also vergleichbar den Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände. Und

damit neue Angebote bieten kann, die bisher in der Form nicht da sind. Wir haben in München gute Erfahrungen gesammelt, es sind jetzt mittlerweile über 100 Initiativen, die, weil sie von den zuständigen Fachbehörden als wesentliche Ergänzung der Einrichtungen angesehen werden, in die Regelförderung übernommen worden sind. Also die Fachbehörden sagen selber, daß bei den Initiativen so gute Arbeit gemacht wird, daß man diese Arbeit dauerhaft finanzieren muß.

13.2 Tischvorlage: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms durch ISAB

Gesundheitliche und soziale Dienstleistungen sind ein wirtschaftlicher Wachstumsbereich. Die öffentliche Daseinsfürsorge im Sozial- und Gesundheitswesen greift in die private Lebensgestaltung ein. Der Schutz, den die Soziale Sicherung gewährt, kann auch zur behördlichen Bevormundung, zu Passivierung und Überbetreuung führen. Selbsthilfe und soziales Engagement haben daher auch die wichtige demokratische Funktion, darauf hinzuwirken, daß die Leistungen des Sozialstaates sich an den Bedürfnissen der Bürger orientieren.

70 % der Gruppen und Initiativen in den neuen Bundesländern befassen sich mit gesundheitlichen, 30 % mit sozialen Themen. Die Selbsteinstufung der Gruppen zeigt, daß soziale und gesundheitliche Aspekte in den Selbsthilfegruppen eng miteinander verbunden sind: 16 % der Gruppen beschäftigen sich überwiegend mit gesundheitsbezogenen Themen, 49 % sowohl mit sozialen als auch gesundheitlichen und 35 % überwiegend mit sozialen Themen.

Während die Leistungen von Selbsthilfegruppen von Betroffenen (Typ 1) auf die Mitglieder begrenzt sind, betätigen sich außenorientierte Selbsthilfegruppen (Typ 2) und Initiativen (Typ 3) daneben auch als Sprachrohr für die Interessen von Betroffenen. Für sie hat die Öffentlichkeitsarbeit und die Durchführung von Veranstaltungen und Aktionen eine herausragende Bedeutung. Durch dieses Engagement können die Gruppen und Initiativen zum einen die Interessen und Wünsche der Kunden gegenüber sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen gebündelt artikulieren. Zum anderen können besondere soziale und gesundheitliche Probleme, wie AIDS und Obdachlosigkeit, aus tabuisierten Randzonen in die öffentliche Diskussion geholt werden. Aber auch die Netzwerke der Gruppen selbst haben bereits eine sozial integrierende Funktion, bewahren den einzelnen vor sozialer Isolation.

Die Differenzierung von Selbsthilfegruppen und Initiativen nach ihren Hauptanliegen, mit denen sie sich beschäftigen, zeigt, daß vergleichbar zu der Situation in den alten

Bundesländern chronische Erkrankungen (32 %), Behinderungen (17 %) und Suchtprobleme (10 %) im Vordergrund stehen. Gegenüber 1993 hat dabei die Bedeutung chronischer Erkrankungen relativ abgenommen (von 39 % auf 32 %), während die Bedeutung psychosozialer Probleme (von 8 % auf 11 %), Eltern-Kind-Selbsthilfe/Partnerschaft (von 7 % auf 10 %), Alter und Nachbarschaft (von 7 % auf 9 %) sowie soziokulturelles Engagement (von 3 % auf 5 %) zugenommen hat. Hinsichtlich der Typen von Selbsthilfegruppen dominieren in den neuen Bundesländern die Selbsthilfegruppen von Betroffenen. In zwei Jahren Bundesmodellprogramm ist dabei der Anteil der Selbsthilfegruppen von Betroffenen (von 51 % auf 59 %) sowie der Anteil von Selbsthilfeinitiativen (von 10 % auf 13 %) angestiegen; demgegenüber hat der Anteil der außenorientierten Selbsthilfegruppen (von 39 % auf 28 %) abgenommen.

Deutliche Unterschiede zeigen sich beim Alter der Selbsthilfegruppen: In den alten Bundesländern bestehen 36 % der Selbsthilfegruppen von Betroffenen seit zwei Jahren. Im Gegensatz dazu bestehen außenorientierte Selbsthilfegruppen und Initiativen deutlich länger. Anders die Situation in den neuen Bundesländern. Hier entstand die überwiegende Zahl der Gruppen nach der Wende, sie bestehen also weniger als fünf Jahre. Parallelitäten zwischen alten und neuen Bundesländern bestehen bei der Mitgliederzahl.

Auf Grundlage der 1995 durchgeführten Befragung von Selbsthilfegruppen und Initiativen liegen erstmals differenzierte soziodemographische Merkmale über an Selbsthilfe interessierte Bürgerinnen und Bürger vor. Danach dominiert in den Selbsthilfegruppen der Frauenanteil (72 %). In den neuen Bundesländern sind die Hälfte der Gruppenmitglieder (50 %) zwischen 31 und 50 Jahre alt, über die Hälfte der Mitglieder (52 %) sind nicht erwerbstätig. Bei der Haushaltsgröße ist die Verteilung der Gruppenmitglieder nahezu identisch zur Gesamtbevölkerung in den neuen Bundesländern: 30 % (29 % Bevölkerung) leben in Einpersonen-, 36 % (33 %) in Zweipersonen- und 34 % (38 %) in Mehrpersonenhaushalten.

13.3 Diskussion im Forum 2

Ausführlich diskutiert wird die Frage der Definition verschiedener Typen von Selbsthilfegruppen. Diese Diskussion ist darauf zurückzuführen, daß in verschiedenen Kommunen andere Gruppenzuordnungen als Fördergrundlage verwendet werden, als sie ISAB in der Tischvorlage vorgestellt hat. Ein weiteres Problem wird darin gesehen, daß Gruppen in ihrer zeitlichen Entwicklung den Typus wechseln können. Beispiele hierfür sind Selbsthilfeinitiativen und Selbsthilfeprojekte, die sich aufgrund einer zunehmenden Professionalisierung zu professionellen Dienstleistungsanbietern entwickeln. Von verschiedenen Teilnehmern wird kritisiert, daß dann ein erheblicher (Personal-)Förderbedarf entsteht, der häufig zu Lasten der vergleichsweise geringen Förderung von kleinen Selbsthilfegruppen geht.

Gefordert wird, daß die Selbsthilfe auf der kommunalen Ebene stärker vernetzt werden muß. Frau Moos-Hofius aus Frankfurt/Main schlägt vor, daß eine Interessenvertretung der Selbsthilfe auf der lokalen Ebene organisiert und legitimiert werden muß. Herr Lux aus Suhl verweist auf die Arbeit des Selbsthilfebeirates in Suhl, in dem drei gewählte Gruppenmitglieder repräsentiert sind.

In einem weiteren Diskussionsblock wird die Frage des Verhältnisses zwischen Selbsthilfe und professioneller Arbeit diskutiert. Unbestritten ist mittlerweile, daß durch das ehrenamtliche Engagement von Selbsthilfegruppen ein erheblicher Zeit- und Ressourceneinsatz erfolgt. Herr Engelhardt führt hierzu aus, daß die Untersuchung in München ergeben hat, daß im Laufe eines Jahres von Selbsthilfegruppen und Initiativen über 800.000 Stunden unentgeltlich eingebracht wurden. Die Erfahrungen bei der Diskussion der Münchener Studie zeigen, daß der Fokus nicht ausschließlich auf die unentgeltlich erbrachten Beträge ausgerichtet sein sollte. Der hohe Zeiteinsatz von Selbsthilfegruppen steht dafür, daß innovative Impulse in das Sozial- und Gesundheitssystem eingehen. In diesem Zusammenhang wird die Frage diskutiert, inwieweit eine Professionalisierung der Selbsthilfe sinnvoll sei bzw. inwieweit Vertreter von Selbsthilfegruppen ein Mitspracherecht innerhalb professioneller Dienstleistungseinrichtungen erhalten sollen. In diesem Zusammenhang verweist Herr Matzat aus Gießen darauf, daß in zweifacher Hinsicht die Gefahr besteht, daß die Selbsthilfe vom professionellen System vereinnahmt wird. Die Gefahr besteht einerseits in einer Überforderung der Mitglieder von Selbsthilfegruppen durch professionelle Einrichtungen, andererseits in einer zunehmenden Professionalisierung der Betroffenen. Ergebnis dieser Diskussion ist, daß ein ausgewogenes und gleichberechtigtes Verhältnis zwischen Fachleuten und Selbsthilfegruppen gefunden werden muß. Dabei ist sicherzustellen, daß Selbsthilfegruppen Mitsprache- und

Mitgestaltungsmöglichkeiten innerhalb der Dienste erhalten. Ferner wird deutlich, daß die Arbeit von Selbsthilfegruppen als Ergänzung und nicht als Ersatz für professionelle Arbeit gesehen wird. Unabhängig davon sehen viele Fachleute in der Arbeit von Selbsthilfegruppen eine Konkurrenz. Dies liegt darin begründet, daß Selbsthilfegruppenmitglieder ihre Arbeit unentgeltlich erbringen und trotzdem positive Ergebnisse vorweisen.

Als Konsequenz werden verschiedene Anforderungen an die kommunale Selbsthilfeförderung genannt. Vorgeschlagen wird, daß Mittel für professionelle Selbsthilfeprojekte nicht aus dem kommunalen Selbsthilfefördertopf verteilt werden. Gefordert wird die Transparenz über die auf der kommunalen Ebene zur Verfügung stehenden Mittel sowie die Mitentscheidung von Vertretern der Selbsthilfegruppen bei der Vergabe. Gefordert wird schließlich eine Gesetzesänderung im Hinblick darauf, daß eine Verpflichtung der Kommunen zur Selbsthilfeförderung in der Gemeindeordnung bzw. Kommunalverfassung verankert werden soll. Als Konsequenz der Forderung, daß die Gruppenförderung auf der kommunalen Ebene erfolgen soll, stellt sich die Frage, wie die Förderung von Selbsthilfeverbänden bzw. Selbsthilfeorganisationen erfolgen soll. Diese Interessenverbände sind auf der überörtlichen Ebene (Landes- und Bundesebene) organisiert. Insofern ist es notwendig, hierfür Mittel auf der Landes- bzw. Bundesebene zur Verfügung zu stellen.

Diskutiert wird auch die Frage, inwieweit Mittel, die Firmen für die Nichteinstellung von Behinderten zahlen müssen, nicht auch für die Selbsthilfegruppenförderung zur Verfügung gestellt werden können. Hierzu führt Herr Nachtigäller aus Düsseldorf aus, daß es sich hierbei um Ausgleichsabgaben handelt, die in einen Ausgleichsfond einfließen. Aus diesem Fond werden auf Bundes- und Landesebene Modellprojekte finanziert, wobei das Geld über die Hauptfürsorgestellen fließt. Hierbei besteht jedoch die Eingrenzung, daß die Mittel nur für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation verwandt werden können. Dies bedeutet, daß sie auf Grundlage der bestehenden Gesetze nicht für die Förderung von Selbsthilfegruppen bzw. deren Interessenverbände eingesetzt werden können.

14. Forum 3: Wofür stehen Selbsthilfekontaktstellen? Das gegenwärtige Aufgabenprofil und zukünftige Tätigkeitsfelder von Selbsthilfekontaktstellen

Moderator: Dr. Ulrich Kettler, ISAB Köln-Leipzig

Mein Name ist Ulrich Kettler, ich bin Mitarbeiter im ISAB Institut im Rahmen des Modellprogramms, das gestern schon angesprochen wurde, „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“, an dem 17 Selbsthilfekontaktstellen aus den neuen Bundesländern teilnehmen. In unserem Forum 3 mit dem Titel „Wofür stehen Selbsthilfekontaktstellen?“ wollen wir über das Aufgabenprofil und zukünftige Tätigkeitsfelder von Selbsthilfekontaktstellen sprechen. Ich möchte Ihnen - zu meiner Linken - Frau Dr. Ute Zacharias vorstellen, die Leiterin der Kontaktstelle in Erfurt, und zu meiner Rechten Andreas Greiwe von der MIKS Münster. Wir haben uns entschieden, zunächst über das Aufgabenprofil von Kontaktstellen zu sprechen, auch die Frage zu stellen: Gibt es so etwas wie ein Standardaufgabenprofil von Selbsthilfekontaktstellen? Und ist dieses Aufgabenprofil in den alten und neuen Bundesländern identisch? Wenn es ein Standardaufgabenprofil gibt, gibt es auch so etwas wie Qualitätsstandards? Ich weiß, daß das Thema Qualitätsstandards im Moment sehr in der Diskussion ist, auch ein Modestichwort ist. Dann stellt sich die Frage: Was sind Zusatzaufgaben, die eine Kontaktstelle übernehmen kann, soll, muß? Hier haben wir Beispiele und Vorüberlegungen aus Münster, die uns Herr Greiwe vorstellen wird. Schließlich haben wir auch noch die Frage: Gibt es andere Formen der Unterstützung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement? Stichwort Seniorenbüros, Freiwilligen-Zentren etc. Da lautet die Frage: Wie soll es perspektivisch weitergehen, und welche Rolle werden hier die Selbsthilfekontaktstellen übernehmen?

14.1 Standardaufgabenprofil von Selbsthilfekontaktstellen am Beispiel der KISS Erfurt

Dr. Ute Zacharias, KISS Erfurt

Ich arbeite seit vier Jahren in der Kontaktstelle KISS Erfurt. Ich möchte versuchen, Ihnen speziell aus Erfurter Sicht aufzuzeigen, inwiefern wir in der Lage sind, Standardaufgaben der Kontaktstellenarbeit zu realisieren. Dazu habe ich zwei Schwerpunkte in diesem Impulsreferat gesetzt. Der eine ist idealtypisch zu benennen: Was gibt es für Kontaktstellentypen? Was sind Standardaufgaben, und wie läuft es konkret in Erfurt? Gestern im Plenum wurde von Herrn Braun auf die zwei Modellprogramme hingewiesen. Von 1986 bis 1989 lief in den alten Bundesländern ein Bundesmodellprogramm „Informations- und Unterstützungsstellen für

Selbsthilfegruppen“. Zwanzig Kontaktstellen sind vom ISAB wissenschaftlich begleitet worden. Ein Ergebnis dieses Modellprogramms war, daß abhängig vom Selbsthilfeverständnis und der damit verbundenen inhaltlichen Ausrichtung der Kontaktstellen zwei unterschiedliche Typen unterschieden werden können. Sie unterschieden sich in ihrer Zielgruppenausrichtung, ihren Leistungsprofilen, der sozialpolitischen und professionellen Einbindung sowie ihrem Verhältnis zur Selbsthilfe. Es bestehen Kontaktstellen mit fachübergreifendem Selbsthilfeverständnis und Kontaktstellen mit spezifischem Selbsthilfeverständnis. Die Kontaktstellen mit fachübergreifendem Selbsthilfeverständnis wenden sich mit einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit an ein breites Spektrum von am Thema Selbsthilfe interessierten und bereits engagierten Bürgerinnen und Bürgern. Eine gute Einbindung in das professionelle und sozialpolitische Umfeld wird angestrebt. Es handelt sich um die in der Literatur erwähnte Drehscheibenfunktion von Kontaktstellen, sie übernehmen eine Mittlerfunktion zwischen Betroffenen und professionellen Einrichtungen. Kontaktstellen mit fachübergreifendem Selbsthilfeverständnis sind offen für alle Formen des Engagements der Selbsthilfezusammenschlüsse. Sie arbeiten fach- und zielgruppenübergreifend. Die Öffentlichkeitsarbeit zielt auf Aktivierung und Befähigung zur Selbsthilfe. Die Kooperation mit dem professionellen Umfeld nimmt einen sehr breiten Raum ein, und die Integration in das sozialpolitische Umfeld wird angestrebt. Ein Ergebnis des Modellprogrammes war es, daß von den zwanzig begleiteten Kontaktstellen dreizehn fachübergreifend arbeiten. Ich gehe davon aus, daß die meisten Kontaktstellen in den neuen Bundesländern ebenfalls fachübergreifend arbeiten.

Der Vollständigkeit halber möchte ich auch noch den zweiten Typ kurz beschreiben. Kontaktstellen mit einem spezifischen Selbsthilfeverständnis erbringen Leistungen für bestimmte Zielgruppen. Die Öffentlichkeitsarbeit wird zielgruppenspezifisch erbracht. Die Einbindung in das sozialpolitische und in das professionelle Umfeld wird sehr eng betrieben. Man orientiert sich an normativen Überlegungen, ein enges Spektrum von Selbsthilfeaktivitäten wird realisiert. Wie gesagt, in den neuen Bundesländern wird nach meiner Kenntnis vorrangig fachübergreifend gearbeitet.

Ich möchte jetzt kurz die Standortaufgaben einer Kontaktstelle mit fachübergreifendem Selbsthilfeverständnis umreißen und auch immer die konkrete Arbeit der Erfurter Kontaktstelle einfließen lassen. Standardaufgaben einer Kontaktstelle sind zum einen die Beratung von Selbsthilfeinteressierten. Dazu gehört, daß über bestehende Selbsthilfegruppen in der Stadt oder Region informiert wird, daß die Kontaktstellenmitarbeiterinnen bei Neugründungen helfen und daß Kontakte vermittelt werden zu den bestehenden Selbsthilfegruppen. Eine zweite wichtige Standardaufgabe besteht in der Unterstützung bestehender Selbsthilfegruppen. Hierzu

zählen organisatorische Hilfen, daß Räume zur Verfügung gestellt werden beziehungsweise Unterstützung bei der Raumsuche.
Bei uns in Erfurt gibt es immer wieder Probleme, behindertengerechte Räume zu finden. Es ist für uns immer sehr schwierig, Räume zu finden, wo es auch behindertengerechte Toiletten gibt. Das sind oft unüberwindbare Hürden für Betroffene.
Zur Unterstützung bestehender Selbsthilfegruppen gehört auch, daß die Neugründung von Selbsthilfegruppen von der Kontaktstelle, z.B. beim Gründungstreffen, moderiert wird und daß die Gruppe auf Wunsch zeitweilig begleitet wird. Wir halten es in der Arbeit der Kontaktstelle bis auf wenige Ausnahmen so, daß wir nur bei dem ersten Gründungstreffen dabei sind, und nur auf Wunsch sind wir vielleicht auch ein zweites Mal dabei.
Weiterhin geht es bei der Unterstützung bestehender Selbsthilfegruppen um Vernetzung zwischen einzelnen Selbsthilfegruppen, soweit es gewünscht ist. Das heißt die Kontaktherstellung zwischen Selbsthilfegruppen dadurch, daß wir alle drei Monate zu einem Gesamttreffen aller Kontaktpersonen einladen. Wir informieren über Entwicklungen und schauen, wo es Möglichkeiten gibt, übergreifende Veranstaltungen anzubieten, z.B. Fortbildungsveranstaltungen. Wir hatten in diesem Jahr zwei Fortbildungsveranstaltungen. Die eine zum Thema „Wie gehen Gruppen mit Konfliktsituationen um?“ sowie eine Veranstaltung zum Thema „Was heißt es, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben für eine Selbsthilfegruppe?“ Die Gesamttreffen sind ein gutes Forum, über derartige Vorhaben zu sprechen.
Eine dritte Aufgabe ist die Kooperation mit Professionellen. Das ist aus unserer Sicht ein zentraler Punkt, um die Akzeptanz der Kontaktstelle im sozialpolitischen Umfeld, im sozialpolitischen und auch im professionellen Umfeld, also mit allen Beratungsstellen im gesundheitlichen und sozialen Bereich, zu erreichen und auszubauen. Das heißt, wir sind bestrebt, mit allen Beratungsstellen in Erfurt zu kooperieren. Fachbezogen und auch institutionsbezogen, wobei ich sagen muß, daß die institutionelle Kooperation nur partiell funktioniert. In der Regel läuft es so, daß im konkreten Fall angefragt wird, inwieweit eine Zusammenarbeit möglich ist. Hierzu ein Beispiel: Wir haben in diesem Jahr eine Mobbing-Gruppe gegründet. Es war uns wichtig, bei den ersten Gespächen mit den Betroffenen eine psychologische Begleitung, zumindest am Anfang, zu haben. Wir haben in Erfurt mit der Beratungsstelle Pro Familia gesprochen, und der dortige Psychologe war bereit, die Gruppe zu begleiten.
Ein weiterer Aspekt, der zum Standardaufgabenprofil einer Kontaktstelle gehört, sind Fortbildungen, also die Planung und Durchführung von Veranstaltungen. Wir haben in Erfurt eine Vielzahl von Veranstaltungen angeboten. Ich habe auch die Erfahrung gemacht, daß es sinnvoll ist, zielgruppenspezifische Fortbildungen anzubieten. Zum anderern haben wir eine Veranstaltung durchgeführt, es war im November 1994, zum

Thema „Sprechen erlöst die Seele. Frauen in Selbsthilfegruppen in Ost und West“. Es ging vor allem darum zu schauen: Was bewegt Frauen in den neuen und in den alten Ländern, in Selbsthilfegruppen zu gehen, und gibt es da Unterschiede? Viele Gemeinsamkeiten wurden deutlich und vor allen Dingen viele gemeinsame Probleme. Eines war zum Beispiel, daß sowohl in den alten wie auch in den neuen Ländern - es waren Selbsthilfegruppen aus Kassel und Selbsthilfegruppen aus Erfurt und Arnstatt vertreten - ein gemeinsames Problem darin besteht, wie Frauen bewogen werden können, in Selbsthilfegruppen zu kommen, also das Problem, neue Mitglieder zu finden. Es gab aber auch Unterschiede, zum Beispiel ist ein Thema in Erfurt das Thema Arbeitslosigkeit. Es gibt wenig Selbsthilfegruppen arbeitsloser Frauen. Dies war ein Thema, welches vorrangig Frauen zwischen Ende Vierzig und Ende Fünfzig in den neuen Bundesländern interessierte.

Eine weitere wichtige Aufgabe von Kontaktstellen ist die Öffentlichkeitsarbeit. In Erfurt haben wir einen Schwerpunkt auf die Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Wir betreiben sie sehr offensiv mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln, und dank des Bundesmodellprogramms haben wir auch die finanziellen Möglichkeiten dazu. Wir haben Plakate geklebt, wir geben Faltblätter heraus, wir geben jährlich ein Veranstaltungsfaltblatt und eine Übersicht über die bestehenden Erfurter Selbsthilfegruppen heraus.

Es gibt derzeit in Erfurt 112 Selbsthilfegruppen mit etwas über 2.400 Mitgliedern. Öffentlichkeitsarbeit ist für uns deshalb so wichtig, weil wir die Möglichkeit, für sich selbst etwas zu tun, mit Unterstützung von professionell arbeitenden Mitarbeitern bekanntmachen wollen. Der andere Punkt in diesem Zusammenhang ist Öffentlichkeitsarbeit für und mit Selbsthilfegruppen. Selbsthilfegruppen, die es wünschen, können in die Kontaktstelle kommen, und wir besprechen Pressemitteilungen mit den Gruppen gemeinsam. Unser Träger ist das Gesundheitsamt. Es läuft bei uns alles über das Presseamt. D.h., die Verteilung ist gesichert. Das ist ein Vorzug, der darin besteht, daß eine Pressemitteilung über das Presseamt an alle regionalen Zeitungen verteilt wird.

Vielleicht noch kurz zur internen Organisation in der Erfurter Kontaktstelle: Die interne Organisation ist so gestaltet, daß die Mitarbeiterinnen Arbeitsschwerpunkte haben. Wir sind derzeit in der Erfurter Kontaktstelle vier Mitarbeiterinnen und eine Praktikantin, wobei nicht alle vollbeschäftigt sind. Die Arbeitsschwerpunkte sind Koordinierung und Öffentlichkeitsarbeit, das ist meine Aufgabe, also die Leitung, Koordinierung der Kontaktstelle und Öffentlichkeitsarbeit. Organisation und Beratung, damit ist auch eine Mitarbeiterin der Kontaktstelle beauftragt. Dann haben wir eine Mitarbeiterin, die ist eingestellt für künstlerische Gestaltung mit Selbsthilfegruppen.

Dann haben wir eine Mitarbeiterin, sie wird über das Arbeitsamt finanziert, die Verwaltungsarbeit erledigt und alle gesundheitlichen und sozialen Angebote der Stadt Erfurt datenmäßig erfaßt.
Schließlich haben wir eine Praktikantin, die bei uns ihr Anerkennungsjahr absolviert. Ich muß sagen, ich freue mich immer über Praktikanten, weil es sehr viel Spaß macht, wenn die Arbeit mal wieder von außen betrachtet wird.

14.2 „Weiter so, und ...!“ - Erweiterung des Aufgabenfeldes von Selbsthilfe-Kontaktstellen

Andreas Greiwe, MIKS Münster

Vorbemerkungen

Die Selbsthilfe-Kontaktstellen des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes NRW (TrägervertreterInnen und MitarbeiterInnen) haben sich im Herbst des Jahres auf zwei Workshops mit dem „zukünftigen Angebots- und Leistungsprofil“ von Kontaktstellen beschäftigt. Titel und Motto der Veranstaltung war ursprünglich „Weiter so, oder ... ?“. Dies änderte sich im Laufe der Diskussionen. Das neue Motto faßt die Ergebnisse der Beschäftigung mit dieser Thematik kurz und prägnant zusammen. Nun heißt es: „Weiter so, und ...!“ (Die Workshops „Weiter so, oder ...?“ des Trägerkreises der PARITÄTISCHEN Selbsthilfe-Kontaktstellen NRW fanden am 27.09. und 05.12.1995 statt. Verschiedene Anregungen daraus finden sich in dem vorliegenden Diskussionspapier wieder.) Es wird also nicht nach einer Alternative, einem Ersatz für das bisherige Kontaktstellenprofil gesucht. Kein „Oder“ ist gefragt, sondern ein „Und“, eine Ergänzung und Erweiterung. Dies ist auch der Ansatzpunkt der folgenden Ausführungen.
An erster Stelle der Arbeit von Kontaktstellen steht die „alltägliche“ Beratung und Unterstützung ratsuchender Bürgerinnen und Bürger sowie die Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Gruppenbezogene Selbsthilfe steht dabei im Mittelpunkt der konkreten Arbeit. Stichworte sind hier: Starthilfe, Aktivierung, Begleitung, Unterstützung, Motivation, Anregung etc. Kontaktstellen sind das „Sprungbrett“ für an Selbsthilfe interessierte Bürgerinnen und Bürger, um eigenverantwortlich initiativ und aktiv zu werden. Selbsthilfe ist „Handeln in eigener Sache“. Kontaktstellen aktivieren dieses Potential an Engagement, zeigen Wege auf, tragen zu selbsthilfefreundliche(re)n Rahmenbedingungen bei. Als „Drehscheibe“ zwischen den hier Beteiligten - interessierten Bürgerinnen und Bürgern, Selbsthilfegruppen, unterstützungsbereiten hauptberuflichen Helferinnen und Helfern, Politik und Verwaltung - nimmt eine Kontaktstelle ein Aufgabenspektrum wahr, welches einzigartig vor Ort ist.
Die wesentlichen Tätigkeitsfelder einer Kontaktstelle in Stichworten:

- Beratung und Vermittlung von an Selbsthilfe interessierten Bürgerinnen und Bürgern
- Hilfen bei der Gründung von Selbsthilfegruppen
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Zusammenarbeit mit anderen professionell Tätigen im Sozial- und Gesundheitsbereich
- Öffentlichkeitsarbeit

Bei den folgenden Überlegungen wird davon ausgegangen, daß diese „klassischen" Aufgaben einer Kontaktstelle nicht zur Disposition stehen, vielmehr als „Pflicht- oder Kernaufgaben" zu erbringen sind. Die klare Abgrenzung gegenüber Therapie oder einzelfallbezogener Lebensberatung sind dabei weitere „Essentials". Die personellen und sachlichen Rahmenbedingungen einer Kontaktstelle bestimmen, ob einzelne Teile dieser Tätigkeiten (z.B. die Herausgabe einer eigenen Zeitung im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit) noch „Pflicht" oder schon „Kür" sind.

Das Kontaktstellen-Standardprofil hat sich zwar weitgehend durchgesetzt, es gibt jedoch eine große Bandbreite bei der Aufgabenerfüllung der Kontaktstellen. Die hier zu verzeichnende Vielfalt spricht meines Erachtens dafür, daß das Kontaktstellenpotential oft noch nicht ausgeschöpft ist bzw. werden konnte. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für die angestrebte Erweiterung der Kontaktstellenarbeit.

Ausgangsthesen

Sicherlich steht bei den meisten Kontaktstellen z.Z. (immer noch) die Bestandssicherung im Vordergrund, und nicht wenige wären froh, wenn sie das „Pflichtprogramm" zufriedenstellend erbringen könnten, wenn die hierfür notwendigen Voraussetzungen gesichert wären. Ist da eine Diskussion zur Erweiterung und Neuorientierung des Aufgabenprofils nicht fehl am Platz, zumindest verfrüht?

Meine These lautet: Eine Selbstvergewisserung der Kontaktstellen plus anschließender Modifizierung des Aufgabenverständnisses wird ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung der Zukunft von Kontaktstellen sein und somit auch zur Bewältigung aktueller Existenzprobleme beitragen. Das hierbei folgenreiche Dilemma soll nicht übersehen werden. Zeitgleich laufen vielerorts zwei Entwicklungen ab: zum einen (leider noch immer) aktuelle Bemühungen zur Existenzsicherung der Kontaktstellen, zum anderen die aufgrund verschiedener Aspekte (s.u.) notwendig gewordene o.g. Neuorientierung.

Meines Erachtens wird zukünftig eine Kontaktstelle über die o.g. Standardaufgaben hinaus sich verstärkt öffnen müssen für Themen und Anliegen, die (noch?) nicht zur alltäglichen Kontaktstellenarbeit gehören, aber einen Selbsthilfe-Bezug haben. Z.B. müßten sich die Kontaktstellen einbringen in die aktuelle Diskussion zur Gesundheitsförderung. Es ist auch zu überlegen, ob eine Kontaktstelle nicht Initiator,

ggf. auch Träger und Umsetzer von zeitlich begrenzten Projekten sein kann oder sein sollte, deren inhaltliche Ausrichtung für eine Anbindung bzw. Ansiedlung an die Kontaktstelle sprechen bzw. wo ein besonderer Zugang zu den hier relevanten Zielgruppen besteht. Die Kontaktstelle kann, je nach Projekt, dabei auch als Auftragnehmer und Dienstleister auftreten.

Folgende drei Fragestellungen wurden im o.g. Workshop als wesentlich für diese Diskussion angesehen:

- Welche Rahmenbedingungen sind nötig, um innovativ arbeiten zu können?
- Wer bestimmt das Kontaktstellenprofil? (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Nutzer, Kostenträger etc.?) Durch welche Zielsetzungen sollte es geprägt sein?
- Welche Projekte stellen eine begrüßenswerte und zukunftsträchtige Erweiterung des Kontaktstellenprofils dar?

Gerade die letzte Frage ist von besonderem Interesse. Die damit verbundenenen Aufgabenerweiterungen sind wesentlicher Gegenstand dieses Diskussionspapieres. Beleuchtet wird dabei auch die Frage, ob diese Erweiterung lediglich quantitiative Aspekte im Rahmen der Suche nach zusätzlichen Einnahmequellen beinhaltet oder ob es sich um eine konzeptionelle Erweiterung des Kontaktstellenprofils handelt. Nicht immer wird es hier eine klare Abgrenzung geben können.

Argumente für die notwendige Aufgabenerweiterung

Die Ausführungen für eine mögliche Aufgabenerweiterung von Kontaktstellen beruhen auf Einschätzungen, die:

- einerseits auf die Finanzierung und Absicherung der Kontaktstellen als Einrichtung abzielen sowie
- andererseits von konzeptionellen Überlegungen ausgehen.

Mittel-, sicherlich aber langfristig werden auch scheinbar abgesicherte Kontaktstellen angesichts der knapper werdenden öffentlichen Mittel (sprich: der Einsparungen im Sozial- und Gesundheitsbereich) verstärkt bzw. neu ihre Legitimation nachweisen müssen. Deshalb reicht die in den letzten Jahren mühsam errungene Akzeptanz von Kontaktstellen als wichtiges, ja unverzichtbares Element einer effektiven Selbsthilfeförderung möglicherweise schon bald nicht mehr aus.

Die Erbringung der „klassischen“ Kontaktstellenaufgaben genügt - aus Sicht wichtiger Entscheidungsträger - immer weniger, da vermehrt auch andere Anbieter (Krankenkassen, Ärzteschaft, Gesundheitszentren u.a.m.) - scheinbar - gleiche oder ähnliche Angebote bereitstellen. Diese Entwicklung wird durch den § 20 Abs. 3a SGB V noch forciert. Die Betonung des hohen Stellenwertes der Gesundheits-Selbsthilfe für die Kontaktstellenarbeit untermauert darüber hinaus die Argumentation derjenigen, die meinen, nicht die Kommunen, sondern andere Träger

im Gesundheitswesen (insbesondere die Krankenkassen) sollten die Hauptlast der Finanzierung von Kontaktstellen und/oder von Selbsthilfeförderung tragen.
Kontaktstellen sollten sich offensiv in die aktuelle Diskussion zur Gesundheitsförderung einbringen; ein erheblicher Anteil der weiter unten vorgeschlagenen möglichen Projekte bezieht sich auf dieses Feld. Meines Erachtens darf dies aber nicht dazu führen, die gesamte Kontaktstellenarbeit unter „Gesundheitsförderung“ zu subsumieren, auch wenn der inflationäre, diffuse Gebrauch des Begriffs „Gesundheit“ und der durchscheinende „Universalitätsanspruch“ (Trojan) in dieser Diskussion dazu verleiten. Wenn Kontaktstellen auch zukünftig insbesondere für Kommunen attraktiv sein wollen, dann darf „das soziale Element“ der Arbeit nicht zu einer unbedeutenden Restgröße verkümmern. Die aktuell brennenden Probleme der Kommunen beschreiben Stichworte wie Wohnungsnot, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, wachsende Sozialhilfebedürftigkeit etc. Die vielfältigen und z.T. intensiven Zusammenhänge dieser Problematiken mit Gesundheitsförderung sind den meisten Entscheidungsträgern (leider immer noch) nicht bewußt bzw. nicht wichtig genug.
Die hier angedachte Erweiterung des Tätigkeitsspektrums der Kontaktstellen kann zu einer höheren Attraktivität und damit Wertschätzung der Kontaktstellen bei den Verantwortlichen in Politik und Verwaltung führen. Aber auch andere Kooperationspartner und möglichen Finanziers wie z.B. die Krankenkassen würden eine größere Flexibilität der Kontaktstellen in verschiedenster Weise honorieren.
Die Wahrnehmung zusätzlicher Aufgaben bedeutet für die Kontaktstellen mittel- und langfristig ein weiteres Standbein, kurzfristig zumindest ein „Spielbein“, welches die „klassischen“ Aufgaben absichern hilft. Die Kontaktstelle tritt dann als „Dienstleister“ auf, insbesondere für Institutionen, die selbst nicht in der Lage sind, so schnell und flexibel bestimmte Aufgaben zu erfüllen. Hierbei kommen der Kontaktstelle ihre Vorteile als „Brückeneinrichtung“ (s.u.) zugute.
Dieser Aspekt der „brückenbildenden“ Funktionen zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen und Ebenen erhöht, wie bereits angedeutet, zum einen die Wertschätzung bei wichtigen Kooperationspartnern. Gleichzeitig werden so neue Zugänge zu den eigentlichen Adressaten der Kontaktstellenarbeit bzw. neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit eröffnet. Je nach Projekt kann dies zu einer größeren Akzeptanz der Kontaktstellen bei bestimmten Selbsthilfegruppen und/oder Professionellen führen.

Mögliche Aufgabenerweiterungen und deren unterschiedliche Ausrichtungen

Bei den zusätzlichen Tätigkeitsfeldern von Kontaktstellen kann die Unterscheidung hilfreich sein, ob die „neuen“ Tätigkeiten der Kontaktstellen vorrangig

1. zusätzliche Einnahmequellen erschließen (sollen) oder

2. auf konzeptionellen Überlegungen zur Modifizierung und Neuorientierung des Aufgabenverständnisses von Kontaktstellen beruhen.

Auch wenn diese Unterscheidung in der Praxis nur schwer durchzuführen ist, trägt sie zur Herausarbeitung der hier relevanten Problematik bei.

Zum ersten Aspekt (zusätzliche Einnahmequellen): Hierbei handelt es sich nicht um eine konzeptionelle Neuorientierung bzw. Weiterentwicklung des Kontaktstellenprofils, sondern lediglich um die volle bzw. zunehmende Ausschöpfung/Ausübung von bereits jetzt (im Rahmen bzw. auf der Grundlage des Kontaktstellenstandardprofils) möglichen Tätigkeiten. Vorrangiges Motiv ist die kurzfristige Erschließung von zusätzlichen Einnahmequellen zur besseren Absicherung der Kontaktstelle. Weitere Motive können die damit erhöhte Akzeptanz vor Ort oder neuangemeldete Bedarfe der Nutzergruppen sein.

Gerade hier gibt es bereits viele Beispiele bei den verschiedensten Kontaktstellen. Die Auswahl einzelner (zusätzlicher) Tätigkeiten beruht dabei i.d.R. nicht auf inhaltlichen Überlegungen, sondern ist wesentlich abhängig von den Gegebenheiten vor Ort (welche Fortbildungsangebote für Selbsthilfegruppen bieten bereits die örtlichen Weiterbildungseinrichtungen an) bzw. von den persönlichen und fachlichen Kompetenzen sowie Neigungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kontaktstellen.

Einige Beispiele aus der Arbeit von Kontaktstellen:

- Fortbildungsangebote für Selbsthilfegruppen und/oder an Selbsthilfe-Themen interessierte BürgerInnen (z.T. in Kooperation mit anderen Einrichtungen)
- Erstellung eines „Selbsthilfegruppen-Wegweisers“ in Kooperation mit einer Krankenkasse
- Referententätigkeit
- Organisation, Durchführung etc. von Ausstellungen, Tagungen, Veranstaltungen als Auftragsarbeit, z.B. für Kommunen oder Krankenkassen

Bereits jetzt werden von einzelnen Kontaktstellen Dienstleistungen für Dritte erbracht, die Teil der „Kür“ einer Kontaktstelle sind, aber sich (noch) im Rahmen des Standardprofils der Kontaktstellen bewegen und eher willkürlich (im Sinne von pragmatisch) ausgewählt wurden.

Letzteres wäre nicht mehr der Fall, wenn das Selbstverständnis der Kontaktstellen (-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) die Erbringung von Dienstleistungen als festen Bestandteil ihres Konzeptes verstehen und dies offensiv vertreten und propagieren würde! Die Kontaktstelle als „Dienstleister“ im gesundheitlichen und sozialen Bereich ist bereits ein Teil der (aus meiner Sicht notwendigen) Neuorientierung der Kontaktstellenarbeit.

Hier sind die Grenzen fließend zum zweiten Aspekt der konzeptionellen Neuorientierung von Kontaktstellen. Kennzeichen dieser Entwicklung sind:

- Die Kontaktstellen öffnen sich konzeptionell für weitere Formen des freiwilligen sozialen Engagements und nutzen ihre spezifische „Brückenfunktion". Zusätzliche Angebote und Leistungen sind vorrangig hierin begründet.
- Die Kontaktstellen verstehen sich u.a. (!) als „Dienstleister", die auf der Grundlage von Kontrakten (s.u.) ihre Leistungen im Gesundheits- und Sozialbereich anbieten.

Noch einmal sei betont: Es geht nicht um eine völlig neue Orientierung der Kontaktstellen, sondern um eine konzeptionelle Weiterentwicklung auf der unverzichtbaren Grundlage des in den letzten Jahren herauskristallisierten Kontaktstellenprofils. Angestrebt wird die Ausschöpfung des Potentials von infrastruktureller Selbsthilfeförderung durch Kontaktstellen. These dabei ist: Eine so verstandene Weiterentwicklung bildet (auch) die Voraussetzung zur mittel- und langfristigen Absicherung der („Pflichtaufgaben" von) Kontaktstellen. Einige Kontaktstellen befinden sich bereits auf diesem Weg. Nur selten wird die Entwicklung jedoch konzeptionell begründet und diskutiert, vielmehr wird auf „lokale Besonderheiten" verwiesen. Nur am Rande erwähnt sei, daß eine so verstandene Kontaktstellenarbeit auch modifizierter Qualifikationen und Kompetenzen der Kontaktstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter bedarf bzw. neue Mitarbeiter entsprechend den spezifischen Anforderungen der Projekte ausgewählt werden müssen.

Beispiele für in erster Linie inhaltlich motivierte (zusätzliche) Projekte und Aktivitäten von Kontaktstellen

Als Beispiele für zusätzliche Aktivitäten der Kontaktstellen sind zu nennen:

- Übernahme von Aufgaben im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung
- Organisation bzw. Geschäftsführung von Gesundheitskonferenzen, -foren etc.
- Geschäftsführung vom „Gesundheitshaus", „Haus der Selbsthilfe" etc.
- Entwicklung, Aufbau, Begleitung, (zeitlich begrenzte) Bereitstellung etc. von sozialen Angeboten und Diensten, deren Bedarf die alltägliche Kontaktstellenarbeit aufgezeigt hat (Wochenendnotdienst, Beratung zum Thema sexuellem Mißbrauch u.a.m.); möglicherweise in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und/oder professionellen Einrichtungen
- Spenden- und Sponsoringberatung für Gruppen und Initiativen („Fundraising")

- „Anstiftung zur Selbsthilfe“, wie z.B. Selbsthilfeförderung innerhalb eines Großbetriebes (in Zusammenarbeit mit Betriebsrat, Betriebsärzten, Betriebssozialdienst u.ä.)
- Einbezug der Kontaktstellen in die Verfahren der finanziellen Förderung von Selbsthilfegruppen durch Kommunen und/oder Krankenkassen
- Zusammenführung von Kontaktstellen und vergleichbaren Einrichtungen (Seniorenbüros, Freiwilligen-Zentralen, Kontaktladen etc.), wobei der Beratung und Unterstützung der unterschiedlichen Formen ehrenamtlichen Engagements - neben der „klassischen“ Selbsthilfe - eine zunehmende Bedeutung beikommt
- Integration verschiedener Aspekte anderer Einrichtungen in die Kontaktstellenarbeit, wie: Patientenstellen/-läden, Verbraucherschutz/ -beratung, Senioren-, Wissens-, Hobbybörsen, Kontaktladen, KOSA (Selbsthilfegruppen und Ärzte), Nachbarschaftstreffs etc.

Die Kombinationsmöglichkeiten der letzten beiden Punkte (Kontaktstellen und Teilaspekte anderer Einrichtungen) machen meines Erachtens deutlich: Lediglich das „Pflichtprogramm“ begründet die Eigenständigkeit der Kontaktstellen, das Spezifische der Kontaktstellen. Dies reicht, ich wiederhole mich, wahrscheinlich zukünftig für die Existenzsicherung jedoch immer seltener aus. Darüber hinaus ist zu überlegen, ob nicht gerade die o.g. Möglichkeit der Integration der verschiedenen Aspekte anderer Einrichtungen eine besondere Qualität der Kontaktstellen ausmachen (kann) und entsprechend prägend für die Kontaktstellenkonzeption sein sollte. Bei der Auflistung wurden weder Prioritäten gesetzt, noch ist sie auch nur halbwegs vollständig. Meines Erachtens gibt es gerade im „sozialen Bereich“ noch viele weitere Möglichkeiten. Nicht näher erörtert werden kann an dieser Stelle die Frage nach (den Chancen) der intensiveren Orientierung auf bisher eher vernachlässigte Zielgruppen wie Jugendliche und Senioren.

Der Vernetzung von Selbsthilfe, freiwilligem sozialen Engagement und professioneller Hilfe kommt eine besondere Bedeutung zu. Aufgrund der Brückenfunktion von Kontaktstellen können sie mit hoher Glaubwürdigkeit und Akzeptanz die Nutzer- und Konsumentenorientierung stärker in das professionelle System hineintragen.

Bei all diesen Aktivitäten von Kontaktstellen sollte gelten:

- Das „Pflichtprogramm“ darf nicht vernachlässigt werden („Ohne die Pflicht keine Kür!“); dies macht das Eigenständige von Kontaktstellen aus und begründet deren Existenz.
- Besondere Projekte bzw. Aktivitäten sind i.d.R. zeitlich begrenzt und für diesen Zeitraum der Kontaktstelle „angesiedelt“.

- Sie müssen thematisch von der übrigen „normalen“ Arbeit abgrenzbar sein und als solches auch in der Öffentlichkeit und gegenüber den (möglichen) Finanziers der Kontaktstellen dargestellt werden.
- Die Projekte bzw. Aktivitäten müssen zu den Zielen von Kontaktstellen und von der Art und Weise der Erbringung, der Durchführung etc. zum Image der Einrichtung passen.
- Zusätzliche Projekte bedürfen entsprechender zusätzlicher Ressourcen und Finanzen.
- Es bedarf klarer Absprachen mit den Auftraggebern („Kontrakte“, s.u.).
- Die neuen Projekte wie auch die Kooperationspartner und Auftraggeber müssen bei den originären Zielgruppen der Kontaktstellenarbeit auf breite Akzeptanz stoßen.

Zentral dabei: Das unverzichtbare Kriterium der „Selbsthilfe-Relevanz“ der Aufgaben(erweiterungen) verhindert eine willkürliche, lediglich von finanziellen Erwägungen bestimmte Auswahl der Projekte. Kontaktstellen werden zukünftig vermehrt Kontraktpartner von Kommunen, Krankenkassen etc. werden (vgl. Wohlfahrt 1995: „Schlanke Verwaltung und neue Kooperationen mit sozialen Einrichtungen“. Tagung der NAKOS vom 22.-24.11.95). Die zunehmende Projektorientierung auch von Kontaktstellen ist ein Aspekt im Rahmen dieser allgemein im Gesundheits- und Sozialbereich zu verzeichnenden Entwicklung.

Zwei Beispiele bereits existierender Kontrakte im Kontaktstellen-Bereich sind zum ersten der Kooperationsvertrag zwischen der „Wiese“ in Essen und der AOK Essen (Förderung der Kontaktstelle durch die AOK mit 60.000 DM jährlich). Die Kontakt- und Informationsstelle verpflichtet sich u.a. zur Durchführung vertraglich genannter Aufgaben (z.B. Erstellung eines Selbsthilfegruppenwegweisers) und zu regelmäßigen Arbeitssitzungen mit den MitarbeiterInnen der AOK.

Das zweite Beispiel ist ein Vertrag zwischen dem Land Berlin und dem Verein zur Förderung von Selbsthilfekontaktstellen (SELKO), wo u.a. die eigenverantwortliche Verwaltung und Bewilligung von Haushaltsmitteln zur Förderung und Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen in Berlin geregelt wird. Im Rahmen solcher Kontrakte werden meines Erachtens Kontaktstellen zukünftig vermehrt als Dienstleister auftreten und entsprechender Partner von Kommunen oder Krankenkassen sein. Stichworte wie Produkt- und Leistungsbeschreibung, Kosten- und Leistungsrechnungen, Konkurrenz privater Anbieter, Controlling etc. werden wohl auch für Kontaktstellen zukünftig keine „böhmischen Dörfer“ bleiben (dürfen). Insbesondere o.g. Zusatzaufgaben, und dies begründet den kleine Exkurs, werden in dieser Weise geregelt werden (müssen?!). Die damit verbundenen Perspektivänderungen werden sicherlich nicht ohne Folgen für die Kontaktstellen sein. Welche Konsequenzen damit verbunden sind, was das für die

Fachlichkeit der Kontaktstellenarbeit bedeutet, ob und, wenn ja, in welchem Maße, Formalisierungs- und Standardisierungstendenzen zu verzeichnen sind, dies ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch nur schwer einzuschätzen (vgl. Kulbach/Wohlfahrt 1996: „Schlanke Verwaltung in den Kommunen“. Freiburg).

Schlußbemerkung

Meines Erachtens haben die Kontaktstellen dann eine Zukunft und Existenzberechtigung, wenn sie das Spezifische ihrer Arbeit, die „Pflicht“, weiter als ihre unverzichtbare, identitäts- und legitimationsstiftende Grundlage sehen, und darauf aufbauend offen sind für neue - selbsthilfebezogene - Entwicklungen angesichts aktueller sozial- und gesundheitspolitischer Herausforderungen.

14.3 Tischvorlage: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms durch ISAB

Selbsthilfekontaktstellen haben sowohl in den alten als auch den neuen Bundesländern ein vergleichbares Aufgabenprofil entwickelt. Dieses Profil beinhaltet fünf Aufgabenbereiche: Information, Beratung und Vermittlung von selbsthilfeinteressierten Bürgern, Beratung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Initiativen, Kooperation mit dem professionellen Umfeld, Öffentlichkeitsarbeit und allgemeine Selbsthilfeunterstützung sowie Organisation und Dokumentation der Arbeit.

Selbsthilfekontaktstellen sind ein eigenständiger, konzeptionell fachübergreifend arbeitender, professioneller Dienst. Nutzerstruktur und Leistungen sind sowohl auf soziale als auch auf gesundheitliche Themen ausgerichtet. Selbsthilfekontaktstellen sind zentrale Anlaufstellen für all diejenigen, die sich für Selbsthilfe interessieren oder sich engagieren wollen. Darüber hinaus sind sie Service- und Vermittlungsagenturen an der Schnittstelle von Selbsthilfe und professionellem Dienstleistungssystem.

Selbsthilfekontaktstellen haben sich als wirkungsvolles Instrument zur Förderung der Selbsthilfe sowie zur Schaffung von selbsthilfefreundlichen Rahmenbedingungen erwiesen. Die Selbsthilfekontaktstellen in den neuen Bundesländern haben von 1993 bis 1995 insgesamt 28.500 Nutzer informiert, beraten und unterstützt. Dabei dominiert der Anteil der Selbsthilfeinteressenten (57 %), gefolgt von Fachleuten (35 %) sowie Gruppen (8 %). Mit den Nutzern gab es insgesamt 107.600 Kontakte.

Selbsthilfekontaktstellen informieren interessierte Personen über das Thema Selbsthilfe, über professionelle Dienste und Veranstaltungen. Sie vermitteln Kontakte zu Selbsthilfegruppen und in professionelle Dienste, und sie erbringen Beratungs- und Unterstützungsleistungen, z.B. über Möglichkeiten der Selbsthilfe. Die Information über Gruppen (72 %) sowie die Vermittlung in Selbsthilfegruppen (53 %) stehen im Vordergrund der Arbeit.

Selbsthilfekontaktstellen informieren, unterstützen und beraten ferner Selbsthilfegruppen und Initiativen. Im Vordergrund steht dabei die Information der Gruppen über die regionale Förderpraxis (57 %). Organisatorisch werden die Gruppen durch sachliche Hilfen (46 %) sowie durch Hilfen bei der Beschaffung von Räumen unterstützt (39 %). Ferner werden von den Kontaktstellen eine Vielzahl von Beratungsleistungen erbracht, wobei der gegenseitige Erfahrungsaustausch der Gruppen (51 %), die Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit der Gruppen (48 %) sowie die Gewinnung neuer Mitglieder (36 %) die am häufigsten erbrachten Leistungen darstellen.

Für Fachleute erbringen die Selbsthilfekontaktstellen ebenfalls Leistungen in den Bereichen Information über das Thema Selbsthilfe, Unterstützung im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von gemeinsamen Veranstaltungen sowie Verbesserungen der Rahmenbedingungen für Selbsthilfe. Fachleute werden über die Arbeit der Kontaktstelle (44 %) sowie Anliegen und Leistungen der Gruppen (50 %) informiert.

Bürger und Selbsthilfegruppen verstehen Kontaktstellen als festen Bestandteil des kommunalen Sozial- und Gesundheitswesens. Die Arbeit ihrer Kontaktstelle ist bei den Nutzern akzeptiert; so fordern über 91 % der Gruppen und Initiativen, daß ihre Kontaktstelle auf jeden Fall erhalten bleiben soll.

Zukünftig müssen Selbsthilfekontaktstellen sich angesichts der schwierigen Finanzierungssituation zunehmend gegenüber selbsthilfebezogenen Zusatzaufgaben öffnen. Dies können Projekte wie die Übernahme von Aufgaben der Kommune (Mitentscheidung über die Vergabe von Mitteln an Selbsthilfegruppen sowie die vorherige Antragsberatung, Durchführung von Veranstaltungen für die Kommune, Mitarbeit bei der Gesundheitsberichterstattung), der Krankenkassen (z.B. die Organisation von Veranstaltungen) sowie von anderen sozialen und gesundheitlichen Diensten sein. Diese Zusatzaufgaben sind im Rahmen von Projekten zu erbringen. Hierbei entstehen zusätzliche Personal- und Sachkosten.

Selbsthilfekontaktstellen werden von ihren Nutzern als unverzichtbarer Bestandteil des Sozial- und Gesundheitswesens anerkannt. Um die Aufgaben erbringen zu können, sind die Kontaktstellen angemessen mit qualifiziertem Personal auszustatten. Empfehlungen für die Personal- und Sachausstattung von Kontaktstellen wurden erarbeitet. Perspektivisch müssen Selbsthilfekontaktstellen Zusatzaufgaben für kommunale Akteure übernehmen. Diese Aufgaben sind gesondert zu finanzieren. Ferner ist die Kooperation zu anderen engagementfördernden Diensten zu verbessern.

14.4 Diskussion im Forum 3

In verschiedenen Diskussionsbeiträgen bringen die Teilnehmer zum Ausdruck, daß eine Selbsthilfekontaktstelle zunächst ihr Standardaufgabenprofil sicherstellen muß. Angesichts der derzeit schwierigen Finanzierungssituation sind viele Selbsthilfekontaktstellen derzeit gezwungen, Zusatzaufgaben zu übernehmen. Frau Zacharias aus Erfurt führt hierzu aus, daß besonders diejenigen Selbsthilfekontaktstellen, die nicht am Programm in den neuen Bundesländern beteiligt sind, aufgrund der unsicheren Finanzierungssituation Probleme haben, ihre Standardaufgaben zu erfüllen. Sie sieht die Gefahr, daß bei diesen Kontaktstellen die Übernahme von Zusatzaufgaben zur Finanzierungsabsicherung zu Lasten der Standardaufgaben geht. Einhellig wird von den Teilnehmern die Auffassung vertreten, daß zunächst eine Absicherung des Standardaufgabenprofils von Kontaktstellen erforderlich ist.

Vorgestellt werden Beispiele von Zusatzaufgaben für die Kontaktstellen. Frau Tezak, Selbsthilfebüro Würzburg, sieht in der Beratung von Ehrenamtlichen eine weitere Aufgabe, die zur Konzeption und den Aufgaben einer Selbsthilfekontaktstelle paßt. Die Aufgabe der Kontaktstelle besteht darin, Informationen über Felder ehrenamtlicher Aktivitäten im Einzugsgebiet der Kontaktstelle zu sammeln und interessierte Bürger hierüber zu informieren bzw. zu vermitteln. Herr Greiwe weist auf den engen Zusammenhang zwischen Selbsthilfe und traditionellem Ehrenamt hin. Innerhalb der Selbsthilfe haben sich neue Formen entwickelt. Die Mitglieder dieser Gruppen erbringen auch ehrenamtliche Leistungen. Er sieht die Gefahr, daß zur Förderung ehrenamtlicher Arbeit zusätzliche Beratungsstellen eingerichtet werden. Angesichts der derzeitigen schwierigen Finanzsituation der öffentlichen Hand ist es sinnvoll, derartige Beratungsangebote über die Kontaktstelle zu erbringen.

Als weiteres Beispiel für eine Zusatzaufgabe wird die Gesundheitsförderung genannt. Frau Waller-Döhner von der KIBIS Lüneburg betont, daß es sich hierbei sowohl um die Förderung gesundheitlicher als auch sozialer Selbsthilfe handele. Sofern man nicht von einem verengten Gesundheitsbegriff ausgeht, sind Themen wie Obdachlosigkeit und Arbeitslosigkeit als Sichkümmern um benachteiligte Gruppen ebenfalls im Rahmen der Gesundheitsförderung zu verstehen. Es ist davon auszugehen, daß Kommunen an einer Selbsthilfeförderung in diesem Bereich stark interessiert sind.

Frau Tezak aus Würzburg nennt die Beratung in den Bereichen Spenden und Sponsoring als weiteres Aufgabengebiet. Das Selbsthilfebüro Würzburg vermittelt Firmen, die im Bereich Social-Sponsoring aktiv werden wollen, Kontakte zu Gruppen auf der lokalen Ebene. Hier übernimmt die Selbsthilfekontaktstelle eine Vermittlerposition.

Im weiteren Diskussionsverlauf werden Voraussetzungen für die Übernahme von Zusatzaufgaben diskutiert. Hierzu zählt zum einen, daß Zusatzaufgaben zu den Zielen der Kontaktstelle passen müssen. Im Gegensatz zu Selbsthilfeverbänden, die regional tätig sind, sind Selbsthilfekontaktstellen lokal aktiv. Insofern müssen Zusatzaufgaben immer auch einen lokalen Bezug haben. In der Regel sollen Zusatzaufgaben zeitlich begrenzt bleiben. Schließlich wird der innovative Charakter von Zusatzaufgaben diskutiert. Frau Wagner von der IKOS Worms beschreibt, daß jedesmal, wenn in der Stadt eine neue Idee auftaucht, von den kommunalen Entscheidungsträgern an die Kontaktstelle gedacht wird. Zwar besteht die Gefahr, daß die Kontaktstelle diese Aufgaben dann kostenlos erbringen muß. Andererseits, so Frau Tezak, besteht hierin eine Chance für die Kontaktstelle. Die Kontaktstelle kann innovative Impulse geben; es muß jedoch sichergestellt sein, daß diese Aufgaben langfristig auch von anderen Stellen übernommen werden.

In einem weiteren Diskussionsblock wird über die Frage der Finanzierung von Zusatzaufgaben diskutiert. Herr Greiwe führt hierzu aus, daß die Selbsthilfekontaktstelle sich in der Kommune stärker als Dienstleistungsanbieter profilieren muß. Frage ist dann, wer Käufer für derartige Dienstleistungen sein kann. Dies kann die Kommune, dies können Krankenkassen oder private Firmen sein. Es gilt, Verträge über die Zusatzaufgaben und deren Finanzierung zu schließen. Als Beispiele werden die Verträge zwischen der AOK und der Kontaktstelle Wiese e.V. in Essen sowie der Vertrag zwischen dem Berliner Senat und SELKO e.V. in Berlin genannt.

Abschließend wird angesprochen, daß die Übernahme neuer Funktionen durch die Kontaktstellen auch als Zusatzaufgabe gesehen werden kann. Frau Waller-Döhner nennt als Beispiel die Moderations- und Koordinationsaufgabe bei der KIBIS Lüneburg. Jahrelang haben die Gruppen chronisch Kranker die Einstellung eines Behindertenbeauftragten gefordert. Jedoch erst durch die Vermittlung der Kontaktstelle konnte diese Stelle eingerichtet werden. Vergleichbares ist denkbar in den Bereichen Frauenbeauftragte, Ausländerbeauftragte, Seniorenbeauftragte etc.

15. Forum 4: Wer fördert Selbsthilfe? Die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen durch Kommunen, Länder und Krankenkassen

Moderator: Klaus Balke, NAKOS Berlin

Wir wollen in unserem Forum die Fragestellung behandeln, wie die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen durch Kommunen, Länder und Krankenkassen gestaltet werden kann. Ich möchte mich kurz vorstellen, mein Name ist Klaus Balke. Ich bin Mitarbeiter der Nationalen Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Berlin. Es gibt in der Bundesrepublik etwa 160 Kontaktstellen, die hauptamtlich Selbsthilfe-Unterstützungsarbeit in verschiedenen Ländern und Kommunen durchführen. Die Fragestellung der Förderung dieser Stellen beschäftigt zum einen die Kommunen. Viele dieser Stellen werden ausschließlich oder zum überwiegenden Teil aus kommunalen Mitteln gefördert. Hier in den neuen Bundesländern natürlich auch über Maßnahmen des Arbeitsförderungsgesetzes § 249 h. Gleichzeitig beschäftigt die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen auch die Länder. Es gibt in 12 Bundesländern Programme, in denen Länder diese Kontaktstellen in der Regel flankierend fördern. Eine Ausnahme bilden da die Stadtstaaten und das Saarland. Und die Frage der Förderung der Kontaktstellen beschäftigten, nach der Einführung des Absatzes 3a (§ 20 SGB V), auch die Krankenkassen. Gestern ist gesagt worden, daß für die 160 Kontaktstellen, die es in der Bundesrepublik gibt, etwa 40 Millionen Mark benötigt werden.

Wir von der NAKOS haben im Oktober und November dieses Jahres eine bundesweite Befragung der Kontaktstellen zur Förderung durch die Krankenkassen durchgeführt (vgl. **Abb. 19**). Dafür zur Einführung eine kurze Folie. Wir haben 158 Selbsthilfekontaktstellen der Bundesrepublik befragt, wie die Förderung durch die Krankenkassenverbände aussieht. 133 Kontaktstellen haben geantwortet - also 85%. 129 wurden in die Auswertung einbezogen, weil sie klare Antworten gemacht haben. Sie können es hier unten sehen, in 71 Fällen werden sie über Krankenkassen gefördert. In 58 Kontaktstellen gibt es keine Förderung durch die Kassenverbände.

Ich will das hier jetzt nur kurz darstellen. Sie sehen, es kommt heraus, daß nach dem vorläufigen Stand 358.000 Mark von den Krankenkassen in die Kontaktstellenförderung einfließen. Wenn man wohlwollend ist, ist das knapp 1%. Das ist der Ist-Stand der Förderung durch die Krankenkassen.

Korrekturblatt: In Abbildung 19 auf S. 173 wurden die Angaben für IKK, VdAK und BKK vertauscht. Die korrekte Beschriftung finden Sie in folgender Abbildung.

Abb. 19: Gesamt-Fördersumme der Krankenkassen 1995 nach Kassenart

	Von Kassen bereitgestellte Mittel für:			
Kassen	Projekt-Förderung	Institutionelle Förderung	Insgesamt	Verteilung in %
AOK	86.958 DM	100.051 DM	187.009 DM	51,5 %
IKK	42.154 DM	52.540 DM	94.694 DM	26,1 %
VdAK	46.346 DM	3.469 DM	49.815 DM	13,7 %
BKK	8.502 DM	20.689 DM	29.191 DM	8,0 %
Andere	1.300 DM	1.000 DM	2.300 DM	0,6 %
Gesamt	185.260 DM	177.749 DM	363.009 DM	100,0 %

© Klaus Balke: NAKOS-Extra Nr. 27, S. 16 , 02/1996.

Ich könnte Vergleichbares auch für die Länder präsentieren. Da ist der Förderanteil wesentlich höher. Sie können nähere Angaben dazu finden. Ich will es jetzt hier nicht darstellen. Die Broschüre NAKOS Paper Nr. 5 gibt einen Überblick über die Förderung des Selbsthilfebereiches durch die Länder. Sich einen Überblick in den Kommunen zu verschaffen ist schwieriger, hier wurden uns gestern bereits zwei Beispiele aus Erfurt und Münster vorgestellt.

Das Problem, das wir in diesem Bereich haben - das ist gestern auch schon mehrfach deutlich geworden -, ist einerseits, daß die Selbsthilfeförderung eine freiwillige Aufgabe der öffentlichen Hand, sprich der Kommunen und Länder, ist. Auf der anderen Seite merken die Krankenkassenverbände an, daß die Förderung der Selbsthilfegruppen und auch der Kontaktstellen durch die Krankenkassen eine freiwillige Aufgabe ist. Es heißt ja, Krankenkassen können. Und daß jetzt ein Streit ausgebrochen ist, ob nun die Förderung gerade der Kontaktstellen eine Basisaufgabe der öffentlichen Hand ist oder eine Gemeinschaftsaufgabe unterschiedlicher Träger der öffentlichen Hand und der Sozialversicherung, insbesondere der Krankenkassen, ich denke, das wird uns hier beschäftigen.

Sie werden im Programm gesehen haben, es waren eigentlich drei Referenten hier vorgesehen. Ein kommunaler Vertreter, Herr Novak, mußte durch die Terminverschiebung dieser Veranstaltung absagen. An dieser Stelle möchte ich auf die

zwei Beispiele kommunaler Selbsthilfeförderpolitik verweisen - aus Erfurt und Münster - , die gestern im Plenum vorgestellt wurden.
Sie haben jetzt hier auf der linken Seite Frau Engelhard und auf der rechten Seite Herrn Wenig vom IKK-Bundesverband. Frau Engelhard wird mit ihrem Statement beginnen. Sie haben gestern darauf hingewiesen, daß es in Thüringen eine Koalitionsvereinbarung gibt zwischen der SPD und CDU und daß im Laufe dieser Legislaturperiode ein Konzept verwirklicht wird, so daß ein möglichst flächendeckendes Netz von Kontaktstellen, unter anderem durch die Förderung des Landes, erreicht wird.

15.1 Möglichkeiten der Selbsthilfeförderung durch Länder

Angela Engelhard, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Thüringen

Ich bin Referatsleiterin im Thüringer Sozialministerium, dort zuständig u.a. auch für Selbsthilfe.
Das, was ich bereits gestern vorgestellt habe, möchte ich an dieser Stelle nicht wiederholen (vgl. Kap. 2.2). Ich kann da auf Nachfragen gerne etwas dazu sagen. Ich möchte nur als Resümee und als Einstieg festhalten, daß wir eigentlich unzufrieden sind. Wir haben auf Landesebene einzelne Selbsthilfegruppen gefördert. Wir sind unser Geld nie losgeworden und haben die Kritik aus dem Lande entgegengenommen, daß es sich um ein sehr bürokratisches und, ich glaube, für die Gruppen auch belastendes Verfahren handelt. Aufgrund dieser Erfahrung, unterstützt durch Überlegungen von ISAB, denken wir seit etwa zwei Jahren darüber nach, in eine Kontaktstellenförderung einzutreten.
Ich möchte aber nichtsdestotrotz mit einer kleinen Frage anfangen: Es wird immer behauptet, Kontaktstellenförderung sei eine Aufgabe von Kommunen, Ländern und Krankenkassen. Da möchte ich in aller Bescheidenheit einmal die Frage stellen, warum eigentlich die Länder überhaupt fördern sollten. Denn, wie wir ja gestern auch gehört haben, läßt sich - mit allem Vorbehalt - der Nutzen der Kontaktstellen für den Gesundheitsbereich offensichtlich berechnen. Wobei ich mich jetzt auf die Richtigkeit der Zahlen und der Berechnungsmodi nicht einlassen will. Man kann auch, wenn man so Stichworte wie soziale Zufriedenheit und Versorgung der Bürger dazunimmt, irgendeinen sicher nicht mehr quantifizierbaren Nutzen für die Kommunen herleiten, aber wo bitte liegt der Nutzen für das Land?
Ich lasse die Frage offen, denn Thüringen hat sich ja schon entschieden, in die Kontaktstellenförderung einzutreten. Unser Argument dafür ist, daß wir glauben, daß Selbsthilfe eine gewisse Art von Infrastruktur braucht, und zwar flächendeckend für das Land gesehen, und wenn sie von unten nicht so wächst, wie es für eine angemessene

Versorgung aller Bürger im Land notwendig ist, glaube ich, daß die Länder nicht schlecht daran tun, sich dieser Aufgabe anzunehmen und da etwas unterstützend zu wirken. Wenn ein Land sich engagiert, sollte es das im Bewußtsein der Subsidiarität tun. Das heißt, die Aufgabe sollte immer von der kleinstmöglichen und ortsnächsten Institution gelöst werden, die dafür in Frage kommt. Wir auf Länderebene sind da doch etwas abgehoben und weiter weg. Wir sollten als Land dafür sorgen, daß eine gleichmäßige Versorgung sichergestellt ist in Form eines flächendeckenden Netzes. Gleichzeitig könnten wir aber auch gewisse Ansprüche an die qualitativen Standards stellen. Was die Qualifikation der Mitarbeiter betrifft und, was man davon nicht trennen kann, die Arbeit, die dann in der konkreten Kontaktstelle geleistet wird, muß auch gewissen qualitativen Standards genügen. Die Kontaktstelle kann nicht alles tun, was sich in diesem Bereich tun läßt, sondern muß ihre Arbeit inhaltlich abgrenzen, darf nicht, um ein Beispiel herauszunehmen, zu sehr in die einzelnen Gruppen reinregieren oder Aufgaben der einzelnen Gruppen ohne Not übernehmen.
Die Quadratur des Kreises beginnt dann damit, daß man in diesem Rahmen natürlich darauf achten muß, daß man den Träger - Grundsatz der Subsidiarität - wiederum möglichst wenig beeinflußt, damit der in seiner Kenntnis vor Ort die optimale Lösung findet, um der Aufgabe nachzukommen. Klar ist in jedem Fall, daß das Land sich auf keinen Fall allein in der Verantwortung für Kontaktstellenförderung sieht, sondern diese zusammen mit den Kommunen, den Trägern - soweit es nicht kommunale Träger sind - und den Krankenkassen erfolgen sollte.
Ganz vorsichtig könnte man auch noch darüber nachdenken, ob ein Land mehr oder minder konkrete Empfehlungen gibt, wie z.B. die Förderung einzelner Selbsthilfegruppen vor Ort aussehen sollte, daß man Anregung gibt für Selbsthilfebeiräte und Selbsthilfefördertöpfe und was da so alles sich an Sinnvollem entwickelt hat. Was für mich die Konsequenz aus unserer Erfahrung ist: keine Förderung einzelner Gruppen, sondern Förderung der Infrastruktur, d.h. mit Beteiligung der Personal- und ggf. auch der Sachkosten der Kommunen. Wenn sich das Land aus der Förderung der einzelnen Gruppen zurückzieht, bleibt ungelöst - oder sagen wir mal, nicht so glatt gelöst - das Problem, wer fördert die Landeszusammenschlüsse von Selbsthilfeverbänden?

Wenn denn ein Land sich in der Kontaktstellenförderung engagiert, stehen ihm zwei Partner zur Verfügung, die Kommunen und die Krankenkassen. Wir wollen uns also an den Personalkosten von Kontaktstellen beteiligen, und jetzt wird es etwas „Thüringen-konkreter“. Im Vorfeld meiner Überlegungen habe ich also Gespräche mit den einzelnen kommunalen Spitzenverbänden, mit kommunalen Vertretern und auch mit Vertretern der Krankenkassen geführt. In Thüringen haben wir ein nahezu

flächendeckendes Netz von Kontaktstellen oder, sagen wir, Stellen, die Kontaktstellenarbeit durchführen. Aber es gibt auch weiße Flecken. Aber die Kommunen, die sich des Themas angenommen haben, sicher unterstützt durch ABM und § 249 h, sind eigentlich auch nach Auslaufen dieser Mittel bereit, die Aufgaben weiter zu übernehmen, sicherzustellen, daß Selbsthilfekontaktstellenarbeit geleistet werden kann.

Ich weiß nicht, ob es eine „Thüringer" Besonderheit ist, aber die überwiegende Zahl unserer Kontaktstellen ist in Trägerschaft der Gesundheitsämter. Das hat sich entwickelt und ist anscheinend eine ganz effektive Struktur, so daß wir da auch einen relativ guten Anknüpfungspunkt haben, um das Netz zu stabilisieren. Die Kommunen sind eventuell sogar bereit, zu Gebietsgrenzen überschreitenden Zusammenschlüssen zu kommen. Ich meine, das politisch einfachste Modell ist pro Kreis und kreisfreie Stadt eine Kontaktstelle, dann spart man sich Kommunalstreitigkeiten. Aber bei uns besteht eine gewisse Bereitschaft, sicher auch wegen der von mir vorhin erwähnten qualitativen Standards, die von den Kommunalvertretern sehr wohl gesehen werden, daß man sich zusammenschließt, um eine größere Einheit zu erhalten, die dann natürlich auch personell ganz anders ausgestattet werden kann. D.h., daß ich im Moment begründeten Anlaß zu der Hoffnung habe, daß sich einzelne Kreise und kreisfreie Städte zusammenschließen werden, damit wir dann gemeinsam eine Kontaktstelle finanzieren können, die eine Perspektive hat und die sich auf eine dauerhafte Arbeit einrichten kann, auch zum Wohle der Selbsthilfegruppen im Land.

Wir werden sicher den von ISAB geforderten Qualitätsstandard in absehbarer Zeit nicht erreichen. Das können wir nicht bezahlen. Aber es ist ein Ziel, auf das man hinarbeiten sollte. Ich möchte auch weg davon, daß Kontaktstellenarbeit von irgend jemand nebenamtlich wahrgenommen wird, der faktisch seine Freizeit investieren muß. Das kann auf Dauer keine Lösung sein.

Die Gespräche mit den Krankenkassen waren weniger erfreulich. Wir hatten zweimal eingeladen. Die Resonanz war gut. Insgesamt waren alle Krankenkassenverbände, die in Thüringen vertreten sind, einmal vertreten. Wir waren uns im Grunde über die Bedeutung von Kontaktstellenarbeit und die Notwendigkeit, sie zu erhalten, schnell einig. Es wurde jedoch schnell deutlich, daß es faktisch keine Beteiligung an den Personalkosten der Kontaktstellen geben wird, nur über einzelne Projektförderungen. Das war nicht das Problem. Aber die Summen, die bei uns in Thüringen gehandelt wurden, sind nicht ausreichend, um Kontaktstellen zu retten. Der VdAK und die Knappschaft haben früh gesagt, sie beteiligen sich nicht, allenfalls bei der Sachkostenförderung. Die Innungskrankenkassen haben sich dazu bekannt. Die AOK hat das Argument vertreten, wir sind sehr dafür, würden das auch unterstützen, könnten uns

auch an einer institutionellen Förderung beteiligen, wenn es denn alle machen. Damit dreht sich für mich das Ganze im Kreis. Wir werden vorläufig keine Lösung bekommen. Was mich in dem Zusammenhang geärgert hat, ist, daß von den Kassen außerordentlich präzise inhaltliche Vorstellungen erhoben wurden. Ich habe aber den Eindruck, daß den Kommunen und dem Land die Arbeit aufgebürdet wird. Nach dem Motto: „Sorgt mal dafür, daß wir jetzt ein qualitativ ansprechendes Netz haben, und dann überlegen wir uns das“, ohne daß die Kassen sich an der Leistung dieser Arbeit beteiligen und ohne daß überhaupt nur signalisiert wird, daß sie sich denn beteiligen werden, wenn wir gewisse Voraussetzungen schaffen.

Zum Schluß möchte ich Ihnen noch unsere derzeitigen Überlegungen vorstellen: Wir haben vor, die im Rahmen des Landeshaushaltes vorhandenen Mittel durch die Einwohnerzahl zu teilen und diesen Betrag den Kontaktstellen - abhängig von der Einwohnerzahl in ihrem Einzugsgebiet - zur Verfügung zu stellen. Daß wir Einzugsbereiche abgrenzen und dem Träger zur Verfügung stellen, erfolgt unter der Voraussetzung, daß der Träger sich seinerseits an den Kosten der Kontaktstelle beteiligt, und auch eventuell unter der Bedingung, daß mindestens eine Mitarbeiterin ausschließlich für Kontaktstellenarbeit zur Verfügung steht.

Wir wollen auch die Bildung von Selbsthilfebeiräten vor Ort anregen, sowie die Einrichtung von lokalen Selbsthilfetöpfen. Ob wir einen Landesbeirat bilden werden, ist derzeit noch offen. Dies soll zunächst mit den Thüringer Kontaktstellen noch abgestimmt werden.

Zwei letzte Anmerkungen: Wir haben ursprünglich beabsichtigt, die Kontaktstellenarbeit in das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst als kommunale Pflichtaufgabe aufzunehmen. Damit wäre eine gesetzliche Verortung geschaffen. Das Problem ist, daß dieses Gesetz im Moment nicht kommt. Außerdem haben wir Kontaktstellen, wir haben Seniorenbüros und erarbeiten derzeit ein Ehrenamtsgesetz in Thüringen. Hier liegt die Überlegung nahe, ob man nicht diese drei Aufgabenbereiche zusammenfaßt, weil die Schnittmengen für mein Empfinden groß sind, und dann unter erheblich stärkerer Beteiligung des Landes eine Infrastruktur schafft, die dauerhaft steht und die gesamte Bandbreite der Engagementförderung übernimmt.

Ich hoffe, daß wir uns mit den Kommunen schnell einigen, und hoffe sehr, daß die Krankenkassen Bewegung zeigen und wir doch zu gemeinsamen Lösungen kommen.

15.2 Möglichkeiten der Förderung von Selbsthilfekontaktstellen durch Krankenkassen

Manfred Wenig, IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Ich setze in diesem Kreis von Experten als bekannt voraus, daß die Krankenkassen seit dem 1. Januar 1993 Selbsthilfekontaktstellen durch Zuschüsse fördern können. Nun könnte ich ein Statement abgeben und aufzeigen, daß in den Richtlinien und Empfehlungen der Spitzenverbände aller Kassenarten positive Aussagen zur Kontaktstellenförderung enthalten sind. Doch das bringt uns nicht weiter: Wir wissen um die Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung der Empfehlungen, wissen um das zögernde Anlaufen und die Hemmschwellen.

Aus den in ähnlichen Veranstaltungen gewonnenen Erfahrungen - ich denke hier z.B. an das Werkstattgespräch der NAKOS am 20./21. Juni 1994 in Berlin, an den Kongreß der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter vom 2. bis 4. November 1994 in Hamburg, aber auch an den intensiven Meinungsaustausch mit Vertretern unserer Landesverbände und Innungskrankenkassen - will ich versuchen, die Probleme aus Sicht der GKV auf den Punkt zu bringen. Dabei werde ich mich ausschließlich auf die Kontaktstellenförderung konzentrieren. Ich werde Ihnen zwölf Punkte vorstellen, die ich jeweils zu einer These zusammengefaßt habe.

Im Werkstattgespräch der NAKOS am 20./21.Juni 1994 in Berlin bekannten sich die Teilnehmer und Vertreter aus allen Bereichen der potentiellen Kostenträger dazu, daß Selbsthilfeförderung eine Gemeinschaftsaufgabe der Kommunen, Länder und Krankenkassen ist. Dieses ist die Ausgangssituation für alle Diskussionen unter Beteiligung der GKV. These 1: **Selbsthilfeförderung, und damit auch die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen, ist eine Gemeinschaftsaufgabe.**

Wenn Selbsthilfeförderung als Gemeinschaftsaufgabe angesehen und akzeptiert wird, bedarf es für alle an der Finanzierung Beteiligten gleicher Ausgangsbedingungen. Das gilt sowohl für die Rechtsverbindlichkeit als auch für Formen und Voraussetzungen. Aber aus dem Kreis der Förderer ist allein die GKV durch Rechtsgrundlagen, zwar mit Ermessenscharakter, zur Selbsthilfeförderung verpflichtet. Die Förderung durch Länder und Kommunen dagegen ist eine freiwillige Leistung der öffentlichen Hand. Diese Unverbindlichkeit ermöglicht jederzeit einen Rückzug der öffentlichen Hand und belastet das Vertrauen der GKV in die Kontinuität partnerschaftlicher Kooperation. Weiterentwicklung, Kreativität und Innovation werden im Hinblick auf diese Unsicherheit blockiert. These 2: **Aus Gründen der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes gegenüber den Partnern ist für Länder und Kommunen eine rechtsverbindliche Absicherung der Selbsthilfeförderung erforderlich. Für eine**

gemeinschaftliche Förderung müßten einheitliche Rahmenbedingungen (z.B. einheitliche Förderrichtlinien, einheitliches Antragsverfahren) **geschaffen werden.**

Von der versichertenbezogenen Einzelfallhilfe und der Arbeit von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen profitieren auch die anderen Sozialversicherungszweige in gleicher Weise wie die Krankenkassen. Sie sind deshalb an der Selbsthilfeförderung zu beteiligen, wodurch sich die Finanzierung auf eine breitere und gesichertere Grundlage stellen läßt. These 3: **Bei einer Kodifizierung des Rehabilitationsrechtes (SGB IX) sind die Träger der Renten- und Unfallversicherung sowie die Bundesanstalt für Arbeit vergleichbar zu § 20 Abs. 3a SGB V in die Selbsthilfeförderung einzubeziehen. Auch die Privatversicherung ist zu beteiligen.**

Die Krankenkassen und ihre Verbände sind durch die Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfeorganisationen, Behindertenverbänden und Selbsthilfekontaktstellen irritiert. Selbsthilfeorganisationen wenden zunehmend ein, Kontaktstellen würden typische Aufgaben von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen übernehmen, woraus sich unnötige Aufgabenüberschneidungen ergeben. Auch die klassischen Behindertenverbände drängen in die Selbsthilfearbeit. Diese Entwicklungen und Argumentationen führen zur Verunsicherung bei den Krankenkassen und erschweren die Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen. These 4: **Eine klare Aufgabentrennung zwischen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, Behindertenverbänden und Selbsthilfekontaktstellen ist transparenter zu machen und auch zu praktizieren.**

Die Rahmenempfehlungen und Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen sehen neben infrastruktureller Unterstützung auch bei Selbsthilfekontaktstellen vorrangig die Förderung von Aktionen, Projekten und Veranstaltungen vor. Lediglich der IKK-Bundesverband legt den Schwerpunkt in der Kontaktstellenfinanzierung auf die institutionelle Förderung. Selbsthilfekontaktstellen sind jedoch hauptamtlich besetzte Verwaltungsstellen mit regelmäßig anfallenden Personal- und Sachkosten, die von den Kostenträgern vorrangig zu decken sind. These 5: **In der gemeinschaftlichen Förderung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen ist vorrangig die Basisfinanzierung durch institutionelle Förderung sicherzustellen.**

Die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen bezieht sich auf Aufgaben der Selbsthilfekontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung. Nach dem Abschlußbericht der Begleitforschung zum Modellprogramm „Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen“ im Auftrag des BMFuS von 1992 machte der Anteil gesundheitlicher Selbsthilfe bei den Kontaktstellen 67 % aus. In den Diskussionen über eine gemeinschaftliche Finanzierung, insbesondere im Schlußbericht des Prognos-Gutachtens „Modell einer Mischfinanzierung von

Selbsthilfekontaktstellen durch Länder, Kommunen und Krankenkassen“ im Auftrage der BMFSFJ vom Dezember 1994, ist jedoch immer pauschal von einer Drittel-finanzierung, also jeweils ein Drittel durch Länder, Kommunen und Krankenkassen, die Rede. Bei einem Anteil gesundheitlicher Selbsthilfe von etwa zwei Drittel würde der Anteil der Krankenkassen in einer solchen Modellberechnung also allenfalls zwei Drittel von einem Drittel, das sind rund 22 %, betragen. Solche Ansätze, in denen die Aufgabenbeschränkung der Krankenkassen in der Selbsthilfeförderung auf gesundheitsfördernde und rehabilitative Zielsetzungen außer acht gelassen werden, haben das ohnehin vorhandene Mißtrauen der Krankenkassen verstärkt. These 6: **Bei der Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen als Gemeinschaftsaufgabe von Ländern, Kommunen und Krankenkassen ist die sich aus § 20 Abs. 3a SGB V für die Krankenkassen ergebende Beschränkung auf Aufgaben mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung nach den tatsächlichen örtlichen bzw. regionalen Verhältnissen angemessen zu berücksichtigen.**

Bestätigt sehen sich die Kritiker aus den Reihen der GKV auch durch die Empfehlung der DAG SHG vom Oktober 1993, die als Richtgröße für die Kontaktstellenförderung durch die Krankenkassen einen Betrag von 1 DM pro Beitragszahler und Jahr für erforderlich hält. Dem wird folgende Gegenrechnung, basierend auf den Zahlen im Prognos-Gutachten, entgegengesetzt:

- Die Zahl der Kontaktstellen liegt bei ca. 200,
- die durchschnittlichen Kosten einer Kontaktstelle bei rd. 200.000 DM.
- Die Kosten für die Kontaktstellen in der Bundesrepublik liegen also bei 40 Mio. DM insgesamt.

Bei über 40 Mio. Beitragszahlern in der GKV würde eine Umsetzung der DAG-SHG-Empfehlung bedeuten, daß die Krankenkassen die Selbsthilfekontaktstellen allein finanzieren. Diese Berechnungen haben in der Praxis den Eindruck verstärkt, daß nach einer Vollfinanzierung durch die Krankenkassen für den Fall gesucht wird, daß sich Länder und Kommunen mangels rechtlicher Verpflichtung und finanzieller Ressourcen mittelfristig aus der Kontaktstellenfinanzierung zurückziehen könnten. These 7: **Kostenberechnungen und Finanzierungspläne für die Kontaktstellen sollten immer den Grundsatz und das Bekenntnis berücksichtigen, daß es sich hier um eine Gemeinschaftsaufgabe von Ländern, Kommunen und Krankenkassen handelt.**

In den drei Seminaren, die wir vom IKK-Bundesverband gemeinsam mit der NAKOS 1994/95 zum Thema „Selbsthilfe-Unterstützung und -förderung in der IKK“ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Landesverbände und Innungskrankenkassen durchführten, stellten wir fest, daß über Aufgaben und Arbeitsschwerpunkte der Kontaktstellen weitgehend Unklarheit herrschte. Wenngleich hier hinreichend

Informationsmaterial und Berichte über Modellprogramme vorliegen und das Wissen inzwischen bei uns, den Spitzenverbänden, vorhanden ist, ist mein Eindruck, daß ganz erhebliche Informationsdefizite bei den Entscheidungsträgern an der Basis bestehen, die letztendlich die Kontaktstellen finanzieren sollen. These 8: **Zwischen Krankenkassen und Kontaktstellen sind mit dem Ziel der Förderung eines besseren Verständnisses füreinander auf örtlicher/regionaler Ebene Gesprächsrunden erforderlich, in denen Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung und inhaltlichen Kooperation zu diskutieren sind. Eine Beschränkung der Kontakte auf die Beantragung von Fördermitteln ist unzureichend.**

Die Rolle der Krankenkassen sollte sich nicht allein auf die Mittelvergabe beschränken. Das Verständnis der Krankenkassen hat sich insbesondere im letzten Jahrzehnt entscheidend gewandelt: die Krankenkasse nicht nur als reaktive „Kasse“, als Zahler von Rechnungen. Die Krankenkassen wollen vielmehr in Planung und Steuerung eingebunden werden, sie wollen Strukturverantwortung mit übernehmen. Diese Zielsetzung gilt es auch im Selbsthilfebereich zu realisieren. Allerdings sind dort die Grenzen zu akzeptieren und zu respektieren, wo die Interessen der Kostenträger hinter denen der Selbsthilfe zurückzustehen haben, wo Selbsthilfe bevormundet oder vereinnahmt werden könnte. These 9: **Die Kostenträger sollten gemeinsam zur Abstimmung über die inhaltliche Kooperation, Arbeits- und Aufgabenteilung und Finanzierungsfragen auf örtlicher/regionaler Ebene Arbeitsgemeinschaften bilden.**

Selbsthilfeförderung hat sich zum Handlungsfeld des Wettbewerbs zwischen den Kassenarten entwickelt. Das gilt insbesondere für die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. Bemühungen auf der Spitzenverbandsebene, zu einer gemeinsamen Kooperation und Finanzierung zu kommen, sind gescheitert. Abschottung und sich der Gemeinsamkeit entziehen verliert aber dort an Sinnhaftigkeit, wo Bezüge zu den Versicherten nicht mehr erkennbar sind, wo Wettbewerb nicht den Versicherten zugute kommt. Gegen eine gemeinsame Finanzierung der Selbsthilfekontaktstellen durch die gesetzlichen Krankenkassen dürften eigentlich schon deshalb keine Bedenken bestehen, weil sich die finanzielle institutionelle Förderung unabhängiger übergreifender Stellen, wie es die Kontaktstellen sind, nicht für den öffentlichen Imagewettbewerb eignet. These 10: **Die Krankenkassen aller Kassenarten sollten sich in den örtlichen/regionalen Arbeitsgemeinschaften mit den anderen Kostenträgern gemeinsam über die anteilige Finanzierung der Kontaktstelle/n abstimmen.**

Selbsthilfekontaktstellen befinden sich in unterschiedlichen Trägerschaften und Organisationsformen. Träger sind z.B.: Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Vereine und auch Krankenkassen. Für die Arbeit der Kontaktstellen ist eine Unabhängigkeit

gegenüber dem Träger, die sich in selbständiger Arbeitsplanung und organisatorischer Selbständigkeit ausdrückt, erforderlich. Selbsthilfekontaktstellen sind deshalb aus Interessenkonflikten, die aus Möglichkeiten wettbewerblicher Profilierung, der Wahrnehmung und Durchsetzung von Trägerinteressen, der Einflußnahme auf Art und Durchführung der Aufgaben resultieren können, und damit aus dem Spannungsfeld der Kostenträger herauszuhalten. These 11: **Selbsthilfekontaktstellen sollten sich in unabhängiger und objektiver Trägerschaft befinden, die nicht mit Interessen von Kostenträgern korrespondiert. Ihre Serviceangebote sind allen Kostenträgern gleichermaßen offenzuhalten. Exklusivabsprachen mit einzelnen Kostenträgern, insbesondere mit einzelnen Krankenkassen, widersprechen dem Gemeinschaftsprinzip.**

Selbsthilfekontaktstellen sind nicht flächendeckend in allen Regionen vertreten. Auch bei verschiedenen Kassenarten gibt es sogenannte „weiße Kreise“, in denen keine Krankenkassen oder Regionaldirektionen vorhanden sind. Nach den in einer Reihe von Bundesländern vollzogenen Fusionen der Krankenkassen zu größeren Organisationseinheiten könnte die Kontaktstellenförderung mit dem Ziel einer gleichmäßigeren Finanzierung auf eine breitere Basis gestellt werden. Dadurch könnte auch erreicht werden, daß die Förderung von Kontaktstellen nicht einzelne Krankenkassen regional unterschiedlich belastet. These 12: **Nachdem sich zunehmend Landesarbeitsgemeinschaften der Kontaktstellen etablieren, wäre es denkbar, daß die Kontaktstellenfinanzierung auf die jeweilige Landesebene übertragen wird. Ansatzpunkte für eine organisatorische Lösung bietet hier das Prognos-Gutachten vom Dezember 1994.**

15.3 Tischvorlage: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms durch ISAB

Selbsthilfeförderung ist eine öffentliche Gemeinschaftsaufgabe, an der auch die Sozialversicherungsträger, insbesondere die Krankenkassen, zu beteiligen sind. Bei vielen Bundesländern und Kommunen besteht die Bereitschaft zur Beteiligung an der Finanzierung einer selbsthilfeunterstützenden Infrastruktur durch Selbsthilfekontaktstellen. Die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen durch die Krankenkassen ist bereits Bestandteil des Sozialgesetzbuch V, § 20 Abs. 3. Eine Bereitschaft zur Mitfinanzierung von Selbsthilfekontaktstellen besteht jedoch nicht bei allen Krankenkassen. Daher ist eine Gesetzesinitiative gefordert, die aus der Kann- und Ermessensleistung des § 20 Abs. 3a SGB V eine Pflichtleistung der Krankenkassen macht.

Das Gesamtkonzept zur Förderung von Selbsthilfekontaktstellen ist zu realisieren, indem Förderempfänger, Förderumfang, Finanzierungsträger, Abstimmung und Finanzierungsmodus geregelt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Selbsthilfeförderung bislang weder eine Pflichtaufgabe der öffentlichen Hand noch der Krankenkassen ist. Empfehlungen zur Ausgestaltung des Förderkonzeptes für Selbsthilfekontaktstellen liegen vor (vgl. ISAB 1994, Prognos 1994, DAG SHG e.V. 1994, DGB (Bad Breisig) 1994, Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages 9/1995).

Die Kosten einer Selbsthilfekontaktstelle setzen sich aus den Personalkosten für Selbsthilfeberater und Verwaltungskräfte und den Sachkosten für Raumausstattung und Sachmittel zusammen. Die Mindestkosten einer Kontaktstelle liegen, in Abhängigkeit von der Größe des Einzugsgebiets, bei 180.000 DM (100.000 bis 300.000 EW) bzw. 250.000 DM (300.000 bis 500.000 EW) pro Kontaktstelle und Jahr.

Der Personalbedarf einer Selbsthilfekontaktstelle ist abhängig von der Größe des jeweiligen Einzugsbereiches. 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) und für Selbsthilfekontaktstellen in Städten bzw. Kreisen mit 300.000 bis 500.000 Einwohnern 2,5 Selbsthilfeberater und 1 Verwaltungskraft (Typ 2). Bei Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern sollen Nebenstellen eingerichtet werden. In großflächigen Kreisen sollten die Selbsthilfeberater an feststehenden Terminen in Außenstellen präsent sein.

Das Finanzierungsmodell für Selbsthilfekontaktstellen des ISAB Instituts schlägt folgende Kostenverteilung vor: 40% durch das Bundesland, 30% durch die Kommune und 30% durch die Krankenkassen. Für die Krankenkassen entspricht dies einem Betrag von 0,50 DM pro Jahr und Mitglied. Auf der Grundlage von Qualitätsstandards der Kontaktstellenarbeit werden die Kosten und die Finanzierungsanteile für ein flächendeckendes Netz im Bundesland pro Kontaktstelle festgelegt (vgl. **Abb. 20**).

Auf der Grundlage der Empfehlungen des ISAB Instituts ergibt sich eine Zahl von rund 260 Selbsthilfekontaktstellen für ein flächendeckendes Angebot in der Bundesrepublik Deutschland. Geht man davon aus, daß sich diese Zahl jeweils zur Hälfte auf die beiden Kostentypen aufteilt, so ergibt sich ein Finanzierungsbedarf von rund 25 Mio. DM für Selbsthilfekontaktstellen des Typs 1 und 38 Mio. DM für Selbsthilfekontaktstellen des Typs 2. Der jährliche Finanzierungsbedarf für eine flächendeckende Versorgung mit Selbsthilfekontaktstellen in der Bundesrepublik

Deutschland liegt damit bei rund 63 Mio. DM (vgl. Kettler 1995, S. 33)[1]. Davon entfallen 25 Mio. DM auf die Bundesländer, auf die Kommunen und alle Krankenkassen jeweils 19 Mio. DM.

Derzeit gibt es ca. 160 Kontaktstellen in der Bundesrepublik (103 im Westen, 57 im Osten). Bei einer entsprechenden Modellrechnung entstehen für diese 160 Kontaktstellen Kosten von jährlich rd. DM 40 Mio. Um den jetzigen Stand zu finanzieren, entfallen auf die Bundesländer DM 16 Mio., auf die Kommunen und sämtliche Krankenversicherungen jeweils DM 12 Mio.

Abb. 20: Kosten und Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen

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

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

1 Selbsthilfeunterstützung. Förderbedarf, Empfehlungen und Perspektiven. In: Sozialmagazin. Heft 3. März 1995, S. 31 - 33. Bei dieser Modellrechnung wurden für die alten Bundesländer höhere Personalkosten angesetzt, so daß eine Kontaktstelle des Typs 1 DM 200.000 und des Typs 2 DM 300.000 pro Jahr kostet.

15.4 Diskussion im Forum 4

Zunächst wird die Frage diskutiert, ob die Festschreibung der Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen als Gemeinschaftsaufgabe sinnvoll ist. Einerseits besteht die Möglichkeit, auf die politischen Parteien sowie den Gesetzgeber Einfluß zu nehmen, um eine Umwandlung des § 20 Abs. 3a in eine Pflichtleistung zu erwirken. Herr Picard vom AOK-Bundesverband in Bonn führt aus, daß er die Gefahr sieht, daß sich die öffentliche Hand bei einer Finanzierungsbeteiligung an den Kosten der Selbsthilfekontaktstellen aus der Verantwortung zieht. Von verschiedenen Diskussionsteilnehmern, u.a. Herr Kühmstedt aus Jena, wird daher gefordert, daß auch das Land sowie die Kommunen im Rahmen einer Vorschrift zur Finanzierungsbeteiligung an der Förderung der Selbsthilfekontaktstellen verpflichtet werden. Eine Möglichkeit hierzu sieht Herr Balke von der NAKOS, Berlin, im Rahmen des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Frau Scriba, Mecklenburg-Vorpommern, hält entgegen, daß die alleinige Beschreibung beispielsweise für Kommunen nicht ausreicht. Es besteht die Gefahr, daß sehr viele Selbsthilfeunterstützungsstellen geschaffen werden. Im Gegensatz dazu verfolgt das Land Mecklenburg-Vorpommern die Absicht, ein flächendeckendes Netz mit einer begrenzten Anzahl von Selbsthilfekontaktstellen im Lande einzurichten. Hierdurch ist dann sichergestellt, daß die Kosten für diese Selbsthilfekontaktstellen in einem vertretbaren Rahmen bleiben.

Ausführlich wird besprochen, aus welchen Gründen eine Finanzierungsbeteiligung durch die Krankenkassen bislang ausgeblieben ist. Neben dem bereits angesprochenen Argument, daß der Einstieg der Krankenkassen in die Finanzierung einen Rückzug von Ländern und Kommunen bewirken könnte, wird darauf verwiesen, daß die Krankenkassen bislang unterschiedliche Standpunkte zur Kontaktstellenfinanzierung haben. Während vom IKK-Bundesverband und vom BKK-Bundesverband Vorgaben für das konkrete Fördervolumen in ihren jeweiligen Empfehlungen gegeben wurden, hat es bislang vom VdAK-Bundesverband keine weitergehenden Aussagen gegeben. Dies bedeutet, daß sich der VdAK nur mit 700 DM an der Finanzierung einer Kontaktstelle pro Jahr beteiligt. Herr Picard führt aus, daß diese Zurückhaltung vom VdAK dazu geführt hat, daß die AOK sich bislang nicht an der Finanzierung von Kontaktstellen beteiligt und gemäß ihrer Richtlinien den Schwerpunkt bei der Förderung von Selbsthilfegruppen sieht. Er kritisiert, daß bei vielen Vertretern aus Institutionen und Fachverbänden nach wie vor zu wenig bekannt sei, was das spezifische Profil und die spezifischen Leistungen einer Selbsthilfekontaktstelle sind.

Des weiteren wird das derzeitige Selbsthilfefördervolumen durch die Krankenkassen diskutiert. Hierzu verweist Herr Balke von der NAKOS, Berlin, auf eine Untersuchung, die ergeben hat, daß die Kassen bislang nur 1 % des Betrages pro Jahr finanzieren, der nach den Empfehlungen von ISAB für eine Beteiligung aller Krankenkassen vorgesehen ist. Die IKK hat ihren Landes- und Ortsmitgliedern empfohlen, sich mit 1 DM pro Jahr und Mitglied an der Selbsthilfeförderung zu beteiligen, davon mit 0,50 DM an der Förderung von Kontaktstellen. Der BKK-Bundesverband hat die Empfehlung ausgesprochen, daß 0,025 % aller Leistungsausgaben (dies entspricht etwa 1 DM pro Versichertem) für die Selbsthilfeförderung zur Verfügung gestellt werden. Der VdAK-Bundesverband schreibt auf Grundlage seiner Richtlinien eine maximale Beteiligung von 700 DM pro Kontaktstelle und Jahr vor. Der AOK-Bundesverband sieht bislang eine Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen nicht vor. Ausnahme bilden hierbei jedoch einzelne Landesverbände, die in Einzelfällen Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen von Projekten mitfinanzieren.

Frau Strähmel von der IKOS Jena führt aus, daß die Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen dringend geklärt werden muß. Selbst wenn das BMFSFJ eine Weiterfinanzierung der Kontaktstellen durch eine Verlängerung des Modellprogramms bis Ende 1996 sicherstellen kann, sind ab Jahresende alle Selbsthilfekontaktstellen in ihrer Existenz gefährdet. Hinzu kommt, daß in vielen Selbsthilfeunterstützungs- und Selbsthilfekontaktstellen Mitarbeiter auf der Basis von AB-Maßnahmen eingestellt sind. Auch die Weiterführung dieser Maßnahmen ist fraglich. Insofern bedarf es dringend einer Regelung für die Finanzierung von Selbsthilfekontaktstellen. Von den Teilnehmern des Forums wird anschließend die Frage diskutiert, von wem die Initiative zu den Gesprächen und Verhandlungen ausgehen soll. Hier stehen eindeutig die Länder in der Verantwortung, Vorschläge für Rahmenvereinbarungen zur Kontaktstellenfinanzierung zu erstellen und diese gemeinsam mit den Kommunen bzw. Kreisen und Krankenkassen zu diskutieren und umzusetzen. Frau Engelhard aus Thüringen und Frau Scriba aus Mecklenburg-Vorpommern weisen darauf hin, daß ihre Bundesländer bereits entsprechende Initiativen ergriffen haben. Von der wissenschaftlichen Begleitung wird gewünscht, daß sie Empfehlungen für Rahmenvereinbarungen zur Kontaktstellenfinanzierung auf Landesebene erstellt.

16. Forum 5: Wie vernetzt sich Selbsthilfe? Die Organisierung der Interessensvertretung von Selbsthilfekontaktsstellen in den Bundesländern.

Moderatorin: Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfekontaktstellen (KOSKON), Nordrhein-Westfalen

Der Titel des Forums 5 ist zunächst vielleicht etwas irreführend. Nicht die Vernetzung von Selbsthilfe oder Selbsthilfegruppen steht im Mittelpunkt der Diskussion. Wir sollten uns ausschließlich mit der Vernetzung der infrastrukturellen Selbsthilfe-Unterstützungsstrukturen, also mit der Vernetzung der Selbsthilfe-Kontaktstellen beschäftigen.

Dies ist notwendig aus gegebenem Anlaß: Selbsthilfe-Kontaktstellen gibt es in der Bundesrepublik seit ca. 15 Jahren. Die Bedeutung und Effektivität des Kontaktstellenkonzeptes für die Entstehung und Stabilisierung von Selbsthilfegruppen ist nicht nur in den Orten nachweisbar, in denen eine solche Einrichtung besteht, sondern wurde auch dokumentiert durch die wissenschaftliche Begleitforschung zweier Bundesmodellprogramme. Dennoch ist es bisher nicht gelungen, den Einrichtungstyp Selbsthilfe-Kontakstelle befriedigend abzusichern. Die Mehrzahl der Selbsthilfe-Kontaktstellen sind personell und finanziell unzureichend ausgestattet. Zudem ist die Finanzierung ihrer Arbeit nicht dauerhaft gesichert. Beide Faktoren schränken den Nutzen der Arbeit für Selbsthilfegruppen zwangsläufig ein. Es stellt sich die Frage, ob die bestehenden Vernetzungsstrukturen ausreichen, um die Interessen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfe-Kontakstellen zu vertreten.

Dazu zunächst einen Überblick über die Situation in den Bundesländern. In fast allen Bundesländern existiert ein Zusammenschluß der Selbsthilfe-Kontaktstellen. Ausnahmen bilden Schleswig-Holstein und das Saarland. Da es im Saarland ohnehin nur eine Selbsthilfekontaktstelle gibt, erübrigt sich hier ein Zusammenschluß. Die sogenannten Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfe-Kontaktstellen haben sehr unterschiedliche Strukturen:

- informelle Zusammenschlüsse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfe-Kontaktstellen,
- eingetragene Vereine, deren Mitglieder Selbsthilfe-Unterstützerinnen und -Unterstützer sowie Vertreterinnen und Vertreter aus Selbsthilfegruppen sind,
- eingetragene Vereine, deren Mitglieder Vertreterinnen und Vertreter der Träger sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Selbsthilfe-Kontaktstellen sind.

Sehr unterschiedlich sind auch die Kriterien für die Aufnahme in die Landesarbeitsgemeinschaften. In einigen Bundesländern werden ausschließlich

hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Selbsthilfe-Kontakstellen aufgenommen, in anderen Bundesländern auch nebenamtlich tätige Selbsthilfe-Unterstützerinnen und -Unterstützer sowie Selbsthilfegruppenmitglieder. In Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen gibt es darüber hinaus landesweite Koordinierungsstellen für die Selbsthilfe-Unterstützung, die auf Initiative der jeweiligen Landesarbeitsgmeinschaft entstanden sind. In einigen Bundesländern gibt es zusätzlich zu den Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfe-Kontaktstellen interessenspezifische Zusammenschlüsse von Kontaktstellen mit demselben Träger oder Kontaktstellen im BMFSFJ-Modellprogramm.
Je nach den landesspezifischen Erfordernissen nehmen die Landesarbeits-gemeinschaften folgende Aufgaben wahr:

- kollegiale Supervision,
- Informations- und Erfahrungsaustausch,
- Fortbildung,
- Interessenvertretung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfe-Kontaktstellen,
- Qualitätssicherung der Selbsthilfe-Unterstützung,
- Lobby-Funktion für das Prinzip Selbsthilfe.

Landeskoordinationsstellen erleichtern die überregionale Vernetzung. Sie

- organisieren Arbeitstreffen und Fortbildung,
- bündeln Serviceleistungen für die Selbsthilfe-Unterstützung,
- kooperieren mit Landesinstitutionen,
- sind unabhängige Transporteure fachlicher Interessen,
- setzen sich ein für eine angemessene Landesförderung.

Die unterschiedlichen Arbeitsweisen, Ausnahmekriterien und Erfahrungen der einzelnen Landesarbeitsgemeinschaften sollen Ihnen nun an zwei Beispielen aus Sachsen und Nordrhein-Westfalen vorgestellt werden.

16.1 Ziele und Leistungen der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfe-Kontaktstellen in Sachsen

Marlies Händel, Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfe-Kontaktstellen (LAG SKS), Sachsen

In Sachsen existieren derzeit neun Selbsthilfe-Kontaktstellen, die die Selbsthilfeunterstützung als Hauptaufgabe verstehen. Von den neun Selbsthilfe-Kontaktstellen arbeiten acht hauptamtlich, eine ehrenamtlich (Pirna). Im Unterschied dazu arbeiten in verschiedenen Landratsämtern der Kommunen Ansprechpartner für Selbsthilfegruppen, die Selbsthilfeunterstützung als Nebenaufgabe wahrnehmen.

Zur Finanzierung: vier Selbsthilfe-Kontaktstellen werden seit 1991 (bis Mitte 1996) im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ gefördert - dies sind Chemnitz, Dresden, Hoyerswerda, Leipzig. Die anderen Selbsthilfe-Kontaktstellen finanzieren sich aus Mitteln über ABM oder AFG 249 h. Alle Mittel laufen 1996 aus. Anschlußfinanzierungen sind bisher in keinem Fall hundertprozentig gesichert.

Zu Trägerschaften: Die Selbsthilfe-Kontaktstellen Sachsens haben folgende Träger:

- zwei Stadtverwaltungen (Gesundheitsamt Leipzig, Sozialamt Dresden)
- zwei Diakonische Werke (Chemnitz, Hoyerswerda)
- ein AWO (Auerbach)
- kleine Vereine und freie Träger (z.B. „Gesundheit für alle e. V“; Zwickau; AG „Behinderte und ihre Freunde e. V. “, Pirna; Seniorenverband Bautzen).

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfe-Kontaktstellen Sachsens

Am 30.4.1993 schlossen sich die damals sechs in Sachsen existierenden Selbsthilfe-Kontaktstellen zu einer Landesarbeitsgemeinschaft (LAG SKS) zusammen. Die LAG SKS ist ein loser Verbund ohne rechtlichen Status.

Ziele der Gründung und Aufgaben der LAG SKS sind:

- Einflußnahme auf den Aufbau fester Selbsthilfeförderstrukturen in Sachsen;
- Förderung eines selbsthilfefreundlichen Klimas in Sachsen;
- Förderung des fachlichen Austausches der Selbsthilfe-Kontaktstellen untereinander;
- Unterstützung neu entstehender Selbsthilfe-Kontaktstellen;
- Verbreitung des Selbsthilfegedankens, der Arbeitsweise von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen in der Öffentlichkeit;
- Ansprechpartner für andere Fachleute, die auf Landesebene Selbsthilfe unterstützen;
- Mitwirkung und fachliche Beratung bei der Erarbeitung und Umsetzung von Förderrichtlinien für Selbsthilfegruppen und Selbsthilfe-Kontaktstellen,
- Erarbeitung eines Netzplanes für infrastrukturelle Selbsthilfeunterstützung in Sachsen;
- Koordination der verschiedenen Förderaktivitäten im Selbsthilfebereich auf Landesebene.

Mitglieder der LAG SKS sind alle Selbsthilfe-Kontaktstellen Sachsens, die Selbsthilfeunterstützung als Hauptaufgabe wahrnehmen. Die Mitglieder der LAG wählen einmal jährlich aus ihren Reihen eine Kontaktstelle, die für den Zeitraum eines Jahres die Landesarbeitsgemeinschaft nach außen vertritt, als Sprecherin fungiert. Diese Regelung ist aufgrund der Mehrbelastung an Arbeit für die jeweilige

Kontaktstelle, die das Sprecheramt übernimmt, entstanden. Bisher gibt es keine Freistellung durch den Träger bzw. finanzielle Unterstützung für die landesweite Vernetzung der Selbsthilfearbeit. Die Arbeit der LAG wird entweder privat oder aus dem Budget der einzelnen Kontaktstellen finanziert. Durch das jährlich wechselnde Sprecheramt entsteht Irritation bei wichtigen Kooperationspartnern. Da der jeweils aktuelle Ansprechpartner oftmals nicht bekannt ist bzw. erst erfragt werden muß, gehen wichtige Informationen verloren bzw. entstehen keine kontinuierlichen Kooperationsbeziehungen.

Die praktische Umsetzung

Durch die ungesicherte Finanzsituation der Selbsthilfe-Kontaktstellen in Sachsen hat sich die Arbeit der LAG in den letzten beiden Jahren schwerpunktmäßig auf die Absicherung der Finanzierung von Selbsthilfe-Kontaktstellen bezogen. Dabei fungierte die LAG als Initiatorin und Koordinatorin verschiedener Kooperationsgespräche zwischen dem Landessozialministerium, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Trägern der Selbsthilfe-Kontaktstellen und den Mitarbeiter/innen der Kontaktstellen selber. Die LAG erarbeitete einen Vorschlag zur Poolfinanzierung von Selbsthilfe-Kontaktstellen durch das Land, die Krankenkassen und die Kommunen, der sich an den ISAB-Empfehlungen und der Prognos-Studie anlehnte (Anteile der finanziellen Beteiligungen: Land = 40%, Krankenkassen = 30% und Kommunen = 30%). Dieser Vorschlag wurde vom Landessozialministerium als „indiskutabel“ abgelehnt. Die Landesverbände der Krankenkassen räumten die Möglichkeiten einer gemeinschaftlichen projektbezogenen Förderung der Sachkosten von Selbsthilfe-Kontaktstellen in Sachsen ein, an der sich zunächst alle Krankenkassenverbände beteiligen wollten.

Die aktuelle Situation

Das Landessozialministerium in Sachsen stellt 500.000 DM für die direkte Selbsthilfegruppenförderung zur Verfügung. In die Erarbeitung der entsprechenden Förderrichtlinie sind die Selbsthilfe-Kontaktstellen trotz mehrmaligen Nachfragens nicht einbezogen worden. Die finanzielle Ausstattung, vor allem bei den Personalkosten der Selbsthilfe-Kontaktstellen läuft im Laufe des nächsten Jahres (1996) aus (durch auslaufende ABM, AFG 249 h und Beendigung des Bundesmodellprogrammes). Die angestrebte gemeinschaftliche Finanzierung von Selbsthilfe-Kontaktstellen durch Land, Krankenkassen und Kommunen ist an der Haltung des Landes gescheitert. Das Landesministerium vertritt die Meinung, daß die Aufgaben von Selbsthilfe-Kontaktstellen durch das „gut ausgebaute Netz sozialer Dienste“ in Sachsen wie Sozialstationen, Suchtberatungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste mit übernommen werden können.

In den Ballungszentren Dresden, Leipzig und Chemnitz sollen die Kontaktstellen als überregionale Beratungsstellen vorerst bestehen bleiben. Für die drei Kontaktstellen ist eine Förderung nur für 1996 vorgesehen.
Durch den ständigen Kampf um die Existenzsicherung der Kontaktstellen ist eine kontinuierliche Vernetzungsarbeit auf Landesebene bisher kaum möglich gewesen. Mit der Reduzierung auf drei überregional arbeitende Selbsthilfe-Kontaktstellen ab 1996, die dann Informationsbüros für bestehende Selbsthilfeinitiativen im Regierungsbezirk würden, müßte sich die LAG SKS in ihrer bisherigen Form und mit ihren ursprünglichen Zielen und Aufgaben auflösen.

Forderungen
Die **LAG SKS soll als kompetente Ansprechpartnerin in Anspruch genommen werden**, und zwar in allen Fragen der Selbsthilfeunterstützung. (Einbeziehung in Gremien auf Landesebene, Erarbeitung von Förderrichtlinien für Selbsthilfearbeit, in die Netzplanung für infrastrukturelle Selhsthilfeunterstützung).
Es **soll ein Selbsthilfebeirat auf Landesebene eingerichtet werden**, in dem alle für die Selbsthilfeförderung relevanten Partner (Landesministerium, Krankenkassen, Spitzenverbände, Kontaktstellenträgeer, die LAG SKS, Selbsthilfezusammenschlüsse u.a.) zusammensitzen und die Förderkonzepte erarbeiten bzw. Selbsthilfearbeit landesweit koordinieren.
Die **Arbeit der Selbsthilfe-Kontaktstellen muß nach Qualitätsstandards erfolgen** und finanziell abgesichert sein, um kontinuierlich und professionell arbeiten zu können.

16.2 Ziele und Leistungen der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen in Nordrhein-Westfalen

Heidi Kramer, Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen, (AG KISS NW) Nordrhein-Westfalen

Es gibt in fast jedem Bundesland Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) der Selbsthilfe-Kontaktstellen. Der Organisationsgrad dieser Arbeitsgemeinschaften reicht von sehr informell (z.B. Bayern: hier treffen sich haupt- und nebenamtliche Selbsthilfe-Unterstützer in der AG) bis sehr formell (z.B. Berlin: Landesverband von 20 Kontaktstellen). Die SprecherInnen der Landesarbeitsgemeinschaften der Kontaktstellen treffen sich seit zwei Jahren einmal jährlich. Dieses Treffen wird durch die NAKOS organisiert und moderiert. Die Strukturen werden derzeit von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Selbsthilfe-Kontaktstellen als ausreichend betrachtet. Eine Dokumentation zum Thema mit dem Titel „LAG´s der Selbsthilfe-Kontaktstellen-Kooperation im Verbund“ wurde im NAKOS-INFO 45 vom Dezember 1995 veröffentlicht.

Im folgenden möchte ich die Vernetzung der Selbsthilfe-Kontaktstellen am Beispiel Nordrhein-Westfalen aufzeigen. In Nordrhein-Westfalen existieren derzeit 18 Selbsthilfe-Kontaktstellen. Die Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfe-Kontaktstellen Nordrhein-Westfalen (AG KISS NW) trifft sich - seit ca. 10 Jahren - alle zwei Monate. Die Teilnahme an der AG KISS NW ist für alle Selbsthilfe-Kontaktstellen, die eine Landesfinanzierung erhalten, verpflichtend.

Ziele und Aufgaben der AG KISS NW sind:

- Regelmäßiger Erfahrungsaustausch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfe-Kontaktstellen und Weiterentwicklung ihrer fachlichen Kompetenz (u. a. durch Fachdiskussionen).
- Öffentlichkeitsarbeit und Informationsvermittlung über die Arbeit von Selbsthilfe-Kontaktstellen.
- Unterstützung neuer Selbsthilfe-Kontaktstellen.
- Einbringen von Erfahrungen und fachliche Stellungnahmen in unterschiedlichen Gremien.

Die Teilnahme an der AG KISS NW ist nur möglich, wenn mindestens eine pädagogische Fachkraft und eine halbe Verwaltungskraft in der Kontaktsstelle beschäftigt sind. Die Landesfinanzierung beträgt 40.000 DM pro KISS und Jahr.

Die AG KISS NWwählt eine bzw. zwei SprecherInnen, die fachliche Aufgabe (Mandate) wahrnehmen. Fachliche Stellungnahmen der AG KISS NW werden vorher abgestimmt. Die Interessenvertretung findet durch die SprecherInnen statt. Gegebenenfalls kann auch die KOSKON damit beauftragt werden. Die Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in Nordrhein-Westfalen (KOSKON) mit Sitz in Mönchengladbach unterstützt die AG KISS NW seit Dezember 1990 bei der Durchführung ihrer Aufgaben. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen fördert die KOSKON im Rahmen eines Projektes „Förderung der Gesundheits-Selbsthilfe in Nordrhein-Westfalen“.

In Nordrhein-Westfalen gibt es unterschiedliche Trägerschaften der Kontaktstellen:

7 DPWV,

1 Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtverbände,

3 Gesundheitsämter,

1 eingetragener Verein, der kooporatives Mitglied bei der AWO ist,

1 Volkshochschule,

1 Landschaftverband.

Trotz der Trägervielfalt, die eine politische Interessenvertretung der AG KISS NW erschwert, ist es in den letzten Jahren durch die Vernetzung der Selbsthilfe-Kontaktstellen und durch die Arbeit der KOSKON gelungen, die Notwendigkeit der Kontaktstellen im Land Nordrhein-Westfalen zu profilieren und zu professionalisieren.

Bei der Erarbeitung der Richtlinien für die Landesförderung hat die AG KISS NW das MAGS beraten.
Ein Problem in Nordrhein-Westfalen ist die Doppelstruktur. Es bestehen zur Zeit zwei Arbeitsgemeinschaften, die die Interessenvertretung im Land übernehmen. Es gibt neben der AG KISS NW eine Arbeitsgemeinschaft der Kontaktstellen in Trägerschaft des DPWV. Ein weiteres Problem besteht darin, daß die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer in den letzten Jahren „Kooperationstellen für Ärzte und Selbsthilfegruppen“ (KOSA) eingerichtet haben. Bei den derzeit knappen Mitteln ist es problematisch, wenn verschiedene Unterstützungsstrukturen wie Kontakt- und KOSA-Stellen bestehen.

Resümee

Die bestehenden Strukturen in Nordrhein-Westfalen haben sich inhaltlich und fachlich bewährt. Die „Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in Nordrhein-Westfalen“ (KOSKON) hat als Einrichtung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales sehr zur fachlichen Akzeptanz der Selbsthilfe-Kontaktstellen beigetragen. Die politischen Einflußmöglichkeiten der KISS sind aber - auch aufgrund der angeführten Trägervielfalt - äußerst unzureichend. Die Lobbyarbeit für KISS auf Landesebene sollte durch die Einrichtung eines Landesselbsthilfebeirates vorangetrieben werden. Eine etablierte Vernetzungsstruktur auf Bundesebene könnte durch den Ausbau der etablierten Strukturen im Rahmen der von der NAKOS bereits durchgeführten Tagungen verbessert werden.

16.3 Tischvorlage: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms durch ISAB

In allen 16 Bundesländern haben sich Arbeitsgemeinschaften für Selbsthilfe und für Selbsthilfekontaktstellen (LAG) gebildet (**vgl. Abb. 21**). Diese Landesarbeitsgemeinschaften übernehmen in unterschiedlichem Maße folgende Aufgaben:

- regelmäßiger Erfahrungsaustausch und Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz
- Öffentlichkeitsarbeit und Informationsvermittlung
- Unterstützung neuer Selbsthilfekontaktstellen
- Einbringen von Erfahrungen und fachlichen Stellungnahmen in unterschiedlichen Gremien
- Vermittlung von Qualitätsstandards für die Selbsthilfekontaktstellenarbeit
- Förderung des Aufbaus eines flächendeckenden Netzes von Selbsthilfekontaktstellen im jeweiligen Bundesland

Die Vernetzung der Selbsthilfekontaktstellen auf der Länderebene muß verbessert werden. Für Selbsthilfekontaktstellen bestehen bislang nur in einzelnen Bundesländern Landesarbeitsgemeinschaften der Kontaktstellen (z.B. LAG KISS NW). Aufgrund der unterschiedlichen Trägerschaft der Selbsthilfekontaktstellen sind die Träger bislang nur teilweise (z.B. der Paritätische NRW) - wie bei anderen professionellen Einrichtungen üblich - in die Interessenvertretung einbezogen. Auf der Landesebene müssen die Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen die Interessenvertretung aller Kontaktstellen und fachliche Stellungnahmen für Verhandlungen mit dem jeweiligen Bundesland, den Landesverbänden der Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden übernehmen.
Hierfür wäre es hilfreich, wenn in den Landesarbeitsgemeinschaften nur diejenigen Selbsthilfekontaktstellen, die die Qualitätsstandards erfüllen, Mitglieder werden.
Bislang fehlt auf der Bundesebene eine übergreifende Bundesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen. In ihr sollten die 160 in den Roten Adressen der NAKOS genannten Selbsthilfekontaktstellen mit Hauptaufgabe und/oder die 16 Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen Mitglied werden.
Selbsthilfekontaktstellen sind professionelle Dienste, die im Rahmen der infrastrukturellen Förderung zu finanzieren sind. Dabei können Unterstützungsleistungen für Selbsthilfegruppen und Initiativen durch Selbsthilfekontaktstellen sowie durch die regionalen Arbeitsgemeinschaften der Selbsthilfeverbände erbracht werden. Eine weitere Abstimmung zwischen Selbsthilfeverbänden und Selbsthilfekontaktstellen über die Zuständigkeiten, Aufgabenteilung und kontinuierliche Abstimmung ist dringend erforderlich.

Abb. 21: Bisherige Organisationsformen für Selbsthilfe und Kontaktstellen in den 16 Bundesländern

Bundesland	Name	Davon Selbsthilfekontaktstellen	Dienste, 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 Beratungsstellen 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 Köln06/1996. Eigene Recherchen. Selbstdarstellungen der Landesarbeitsgemeinschaften. NAKOS: Rote Adressen 1995/96.

17. Präsentation der Ergebnisse der fünf Foren im Plenum

17.1 Ergebnisse aus Forum 1

Die Zusammenfassung unseres Forums und der Diskussion fußt sehr stark auf den beiden Impulsreferaten (Prof. Dr. Thomas Olk und Dr. Peter Motsch) sowie einer Einteilung des Referats von Prof. Dr. Christian von Ferber, das er am Vortag über die gesellschaftliche Bedeutung der Selbsthilfe gehalten hatte.

Die Möglichkeiten der Selbsthilfe liegen in sechs Aspekten:
Kompetenzsteigerung: Hierzu zählen vor allem die Fähigkeiten, die Mitglieder von Selbsthilfegruppen erwerben: Bessere Alltagsbewältigung, soziale Kontakte, soziale Aktivierung und damit Aufhebung von Isolation, Mut und Konfliktfähigkeit in der Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit, aber auch dem professionellen und administrativen System, vor allem die Erfahrung, sich selbst helfen zu können.

Neue Hilfepotentiale durch informelle Netze: In diesem Zusammenhang wurde vor allem auf die soziale Unterstützung hingewiesen, die Selbsthilfegruppenmitglieder innerhalb der Gruppe, aber auch über die Gruppenmitglieder hinaus zur Verfügung stellen. Dies erfolgt einerseits in der unmittelbaren Gruppenarbeit, jedoch auch in Begegnungen, die einzelne Gruppenmitglieder unabhängig von der Gruppenarbeit haben. In diesem Kontext sind insbesondere die Eltern- und Angehörigengruppen zu erwähnen, die weit verbreitet sind und eine wichtige Stärkung des informellen Netzwerks der unmittelbar Betroffenen darstellen. Der Wert der Hilfe durch informelle Netze liegt vor allem in der psychosozialen Stabilisierung der von Krankheit und psychischen und/oder sozialen Problemen Betroffenen.

Ergänzung professioneller Dienste: In diesem Zusammenhang wurde besonders auf die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen im Bereich der Prävention und der Nachsorge bzw. Rehabilitation hingewiesen. Die Leistungen liegen besonders in der Auseinandersetzung und besseren Bewältigung der psychosozialen Begleitkomponenten von Krankheit und anderen Problemen. In diesem Zusammenhang wurde mehrfach ausdrücklich betont, daß die Selbshilfegruppen etwas leisten, was der Sozialstaat nicht kann, was aber für eine Gesellschaft unabdingbar wichtig ist, nämlich ein soziales Klima der „Wärme“ und „Geborgenheit“ herzustellen.

Qualitätsverbesserung: Diese Funktion schließt unmittelbar an die Ergänzung professioneller Dienste an. Sie hat eine zentrale Bedeutung für die Themenstellung

„Weiterentwicklung des Sozialstaats“. Selbshilfegruppen stellen Forderungen nach außen an die Verwaltung, die Politik und die professionellen Helfer. Gerade in den neuen Bundesländern stellt dies für die genannten Institutionen oft eine „Herausforderung“ im positiven Sinne dar. Durch ihre Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit versuchen die Gruppen als Korrektiv für den Sozialstaat zu wirken. Sie stellen eine „kritische Konsumentenbewegung“ dar: In Einzelfällen wirken sie in Form von Beiräten oder ähnlichen Funktionen auch in Institutionen der Versorgung mit. Selbsthilfegruppen tragen zur Sensibilisierung von Professionellen bei. In vielen Fällen können sie sinnvolle Funktionen in der Fortbildung von Professionellen wahrnehmen. Weitergehende Aufgaben im Kontext der Qualitätsverbesserung sind die Kreation innovativer Versorgungsprojekte und die Gestaltung der Lebensbedingungen im Nahraum im Sinne von mehr Lebensqualität.

Volkswirtschaftlicher Nutzen: Auf diesen Punkt wurde in der Gruppenarbeit lediglich hingewiesen. Auf eine ausführliche Erörterung wurde verzichtet, da dieses Thema von Dr. Wolfgang Stark in seinem Referat ausführlich behandelt worden war und die Gruppenarbeit ohnehin unter Zeitdruck stand.

Verwirklichung der „demokratischen Bürgergesellschaft“: Diese Funktion reicht über die genannten Funktionen im Sozialstaat im eng verstandenen Sinne hinaus: Selbsthilfegruppen sind Element und Vorbild für demokratische Teilhabe in der Gesellschaft. Sie stellen so etwas wie ein sozialpolitisches Lernfeld dar. Dieses Lernfeld vermittelt die Notwendigkeit und konkrete Ansatzmöglichkeiten, sich am gesellschaftlichen Leben unmittelbar zu beteiligen und es mitzugestalten. Selbsthilfegruppen setzen auf diese Art und Weise einen Kontrapunkt zu gesellschaftlichen Entwicklungen, die allein auf den Markt und professionelles Management für die Regelung gesellschaftlichen Zusammenlebens vertrauen.

Grenzen der Selbsthilfe sind:

- Selbsthilfegruppen sind manchmal von akuten Krisen Betroffener überfordert. In solchen Fällen arbeiten sie in aller Regel eng mit dem professionellen System zusammen. Aus unterschiedlichen Gründen läßt sich auch feststellen, daß Selbshilfegruppen nicht für jeden Bürger zu jeder Zeit das beste Instrument zur Bewältigung von Krankheiten und psychosozialen Problemen sind.
- Mehrfach wurde betont, daß Selbsthilfe nicht in dem Sinne mißverstanden werden darf, daß sie jederzeit ohne jegliche Hilfen von außen praktizierbar sei. Selbsthilfe brauche „Unterstützung vor Ort“. Selbsthilfe-Kontaktstellen und

andere Formen der Selbsthilfeunterstützung stellen eine „Investition“in das Wachsen der Selbsthilfebewegung dar.

- In verschiedenen Varianten wurde in der Arbeitsgruppe die gelegentlich zu findende Überforderung der Selbsthilfe zurückgewiesen: Selbsthilfe sei kein Ersatz für professionelle Hilfe oder für politisches Gestalten! Selbsthilfe könne keine Entlastung des Sozialstaates in seinen Kernbereichen sein. Am Beispiel des Problems Arbeitslosigkeit wurde deutlich, daß Selbsthilfegruppen viel zur individuell besseren Bewältigung der Arbeitslosigkeit als persönliches Schicksal beitragen können, jedoch nicht das „strukturelle Problem“ Arbeitslosigkeit lösen könnten. In aller Regel haben Selbsthilfegruppen für sich selbst keinen politischen Auftrag zu Umbau bzw. Reform des Sozialstaats definiert (wohl aber zu seiner kritischen Begleitung im Sinne der „Qualitätsverbesserung“ des ersten Abschnitts).

Abschließend wurden noch einige Voraussetzungen genannt, unter denen die Bedeutung der Selbsthilfezusammenschlüsse für den Sozialstaat zunehmend größer wird, nämlich:

- je besser die Ressourcen der Selbsthilfe- und Kontaktstellen sind, die sie für ihre Arbeit zur Verfügung haben,
- je mehr die Vielfalt der im ersten Abschnitt genannten Aufgaben in einem Zusammenschluß verfolgt wird und
- je selbstbewußter die Mitglieder der Selbsthilfegruppen (geworden) sind.

Außerdem wurde darauf hingewiesen, daß die Bedeutung der Selbsthilfe für den Sozialstaat umso größer ist, je weiter die Definition von Selbsthilfe ist. Dabei wurde auf Selbsthilfe-Initiativen und -Projekte hingewiesen, die jenseits der Definition von Selbsthilfegruppen auf dieser Tagung angesiedelt sind.

Christoph Nachtigäller, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH), Düsseldorf

17.2 Ergebnisse aus Forum 2

Auch wenn einige der Gedanken, die ich vorstellen möchte, bereits angesprochen wurden, so sehe ich doch eine ganze Reihe von neuen Überlegungen. Die Frage „Wem nützt Selbsthilfe?“ haben wir eingeleitet mit sehr lebendigen, teilweise dramatischen Darstellungen der Arbeit der Selbsthilfegruppen auf der örtlichen Ebene, die über ihre Arbeit berichtet haben. Wir haben erfahren, daß es eine praktische Arbeit gibt, die zu Innovationen in Außenbereichen führt, an die man vielleicht primär nicht denkt. Stichworte waren z.B. therapeutische Innovation gegenüber Ärzten oder Vermittlung von Ideen und Tips bei der Hilfsmittelversorgung wie etwa in der Stoma-therapie. Es wurden weitere Beispiele aus dem Bereich der Krebserkrankten- und Krebsnachsorgegruppen genannt. Dafür stand die Formulierung: „Wir sind eine echte Säule der Versorgung in der Krebsnachsorge“. Der zweite Teil dieser Darstellung läßt sich überschreiben mit der Frage: „Wo ist die Grenze für unsere Inanspruchnahme und unsere Belastbarkeit?“ Wir werden in Anspruch genommen von Verwaltungen, uns werden Aufgaben nahegelegt, wir brauchen eine Grenze für diese Anforderungen. Und wir brauchen vor allem soziale Unterstützung.

Wir haben gefragt, welche die verschiedenen Bereiche des Nutzens sind, und konnten uns weitestgehend an dem orientieren, was Herr Prof. Engelhardt aus München berichtet hat. Hervorheben möchte ich drei Aspekte: Selbsthilfezusammenschlüsse ergänzen erstens die medizinische und soziale Versorgung. Sie modernisieren zweitens die Versorgung und sie schaffen drittens neue Formen der Bewältigung von Problemen. Zum Thema Ergänzung der Versorgung haben wir herausgearbeitet, daß die immateriellen Aspekte eine besondere Bedeutung haben, und daß es bei dieser Ergänzung darum geht, Leistungen zu erbringen, die nicht professionell organisierbar sind. Es geht also der Selbsthilfe nicht nur um die Ersatzfunktion für professionell durchaus erbringbare Leistungen, etwa der gesetzlichen Krankenversicherung in der medizinisch-therapeutischen Versorgung, sondern vor allem um solche Leistungen, die von dem professionellen System gerade nicht bereitgestellt werden können, weil sie auf dem besonderen Erfahrungshintergrund der Selbsthilfe beruhen. Bei der Modernisierung der sozialen Versorgung wurde das Beispiel selbstorganisierter Kinderbetreuung mit Aushandeln der unterschiedlichen Bedingungen und letztlich mit einem günstigeren Ergebnis für die Versorgung herausgestellt. Die neuen Formen zur Bewältigung von Problemen haben gezeigt, daß die Selbsthilfe es vermag, neue Ideen aufzunehmen, sozusagen als Frühwarnsystem in der Gesellschaft zu funktionieren. Das bedeutet auch die Befreiung aus professioneller Abhängigkeit, soweit es die Regiekompetenz betrifft. Wir haben die qualitativen Aspekte sehr in den Vordergrund gestellt, haben die ökonomischen Aspekte zunächst hintenangestellt, weil wir gestern Ausführliches dazu gehört hatten.

Dann wurde gefragt: „Wie ist es denn mit dem Geld?“ Wir können die Frage der Finanzierung natürlich nicht aussparen. D.h., wir brauchen selbstverständlich Rahmenbedingungen, damit Selbsthilfe arbeiten kann. Die Förderungsmodelle für Selbsthilfezusammenschlüsse, die uns vorgestellt wurden, sind diskutiert und bestätigt worden. Es wurden drei Voraussetzungen für die Förderung genannt: Strukturelle Förderung ist außerordentlich wichtig, daneben die Maßnahmenförderung, die sich auch darauf bezieht, Sach- und Personalkosten der einzelnen Gruppen zu unterstützen und schließlich drittens der Versuch, den Übergang in die Regelförderung vorzunehmen.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß wir nicht ganz um die Frage einer Definition von Selbsthilfezusammenschlüssen herumgekommen sind. Aufgehängt an der Formulierung, die ein Referent verwandte, nämlich Selbsthilfeinitiativen als Gesamtbegriff zu verwenden, wurde noch einmal über die Definition diskutiert. Ich will nicht verschweigen, daß es Kontroversen gab, die nicht ganz zusammengeführt werden konnten. Ich will aber den Konsens wiedergeben. Als Selbsthilfezusammenschlüsse, deren Nutzen zu beschreiben ist und für die Förderung zu verlangen ist, wurde kein Unterschied gemacht, hinsichtlich der verschiedenen Ausformungen und Kriterien, was die Binnenorientierung und die Außenorientierung angeht. Es ist darauf verwiesen worden, daß es kaum eine Gruppe gibt, die nicht auch in irgend einem Maße Außenorientierung entfaltet. Weder die Organisationform noch die Unterscheidung in gesundheitliche oder soziale Anliegen und Themen stellt diese Definition in Frage.

Ein Problem entstand bei der Einbeziehung der Selbsthilfeprojekte. Wir hatten gestern gehört, daß das ISAB-Institut diese vierte Kategorie ganz bewußt ausgespart hatte. Wir haben am Beispiel eines dualen Systems in München eine längere Diskussion geführt, wie weit solche Projekte einzubeziehen sind. Wir hatten mehrheitlich den Eindruck, daß es sich hier doch um eine Fortentwicklung handelt, die randständig in den Bereich Selbsthilfegruppenförderung einzubeziehen ist. Der Grundaspekt, der der Einbeziehung in München zugrunde lag, wurde allerdings geteilt, nämlich die Grundideen der Selbsthilfe sowohl in den Bereich der Sozialarbeit als auch in den Bereich der Gesundheitspolitik miteinzubeziehen.

Ein weiterer gewichtiger Aspekt der Diskussion war die Frage: „Wie können wir es ereichen, daß eine größere Anerkennung der Selbsthilfe in der Öffentlichkeit besteht?“ Es wurde geschildert, wie unterschiedlich die Praxis ist. Wir haben Anleihen im

Ausland machen können und uns aus Österreich hilfreiche Hinweise geben lassen. Der Gedanke ist: Auf dem Wege über die Mitwirkung und über die Politik, über die Interessenvertretung den gesellschaftlichen Nutzen derart unabweisbar klarzustellen, daß es auf diesem Wege über die Sozialpolitik möglich ist, Einfluß im Bereich der Finanzen zu bekommen. Ein Weg, der in Österreich bereits gesetzlich verankert ist.

Wir haben zwei Forderungen herausgestellt, die für unsere künftige Arbeit besonders wichtig sind. Erste Forderung: Wir brauchen dringend auf kommunaler und regionaler Ebene eine Vernetzung. Wir brauchen unbedingt die verläßliche Zusammenarbeit der Selbsthilfegruppen und -organisationen auf kommunaler und regionaler Ebene, wenn wir etwas erreichen wollen. Da reicht es nicht aus, daß jeder bereit ist, anderen zu sagen, daß sie sich vernetzen mögen, sondern es richtet sich der Appell an alle, solch einer Vernetzung zuzustimmen. Das Modell dafür wäre noch zu erläutern. Wir haben modellhaft auf einiges hingewiesen, was bereits besteht, örtliche Arbeitsgemeinschaften, auch das Modell München, aber auch andere Formen, wie sie die Kontakte und Informationsstellen organisieren, sind genannt worden. Hier haben wir noch ein Feld der weiteren Arbeit. Aber wichtig ist, daß wir diesen Grundsatz herausheben: Wir müssen aus der Vereinzelung der Gruppen gegenüber der öffentlichen Verwaltung herauskommen und brauchen auf der jeweiligen Ebene dringend eine Vernetzung. Zweite Forderung: Wir brauchen einen obligatorischen Anspruch auf Förderung der Selbsthilfe auch auf kommunaler Ebene. Hier wurde vorgeschlagen, in den Kommunalverfassungen Grundlagen dafür zu schaffen, die Bürgerbeteiligung in einer modernen, demokratisch verfaßten, sozialen Gesellschaft einzufordern, daß sie auch auf kommunaler Ebene zu einer verpflichtenden Mitwirkung für die Selbsthilfeorganisationen und -gruppen wird.

Zum Schluß ist darauf hingewiesen worden, daß die gestern genannten Zahlen zur Wertschöpfung der Arbeit von Selbsthilfegruppen ein außerordentlich wichtiges Argument sind, um darauf hinzuweisen, daß Selbsthilfe einen sehr wichtigen gesellschaftlichen aber auch ökonomischen Nutzen in der Gesellschaft darstellt. Wir haben gesagt, daß hierauf öffentlichkeitswirksam hingewiesen werden muß, wenn auch für uns der Schwerpunkt der Diskussion in den qualitativen Aspekten gelegen hat.

Dr. Ulrich Kettler, ISAB Köln-Leipzig

17.3 Ergebnisse aus Forum 3

Im Forum 3 haben wir uns zunächst mit der Frage beschäftigt, welche Aufgaben zum Standardprofil von Selbsthilfekontaktstellen zu rechnen sind. Ferner haben wir sehr ausführlich diskutiert, was zusätzliche Aufgaben von Selbsthilfekontaktstellen sind bzw. sein können und unter welchen Bedingungen die Kontaktstellen diese Aufgaben übernehmen können. Hierzu möchte ich Ihnen vier Punkte vorstellen:

Punkt 1: Wir haben sehr ausführlich diskutiert, daß es ein klassisches Standardaufgabenprofil einer fachübergreifenden Selbsthilfekontaktstelle gibt, die die Eigenständigkeit der Selbsthilfekontaktstelle ausmacht. Zu den Standardaufgaben einer Selbsthilfekontaktstelle gehören, (1) die Beratung von selbsthilfeinteressierten Bürgern, (2) die Beratung von Selbsthilfegruppen und -Initiativen, (3) die Kooperation mit Fachleuten, (4) die Öffentlichkeitsarbeit und allgemeine Selbsthilfeunterstützung sowie (5) die Organisation und Dokumentation der Arbeit. Anhand der **Abbildung 13** „Die Aufgaben und Adressaten einer Selbsthilfekontaktstelle“ haben wir diese Standardaufgaben diskutiert und weiter präzisiert. Als ein Fazit ist zu nennen, daß das Standardaufgabenprofil sich sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern identisch entwickelt hat. Gerade vor dem Hintergrund des Themas unserer Fachtagung „Selbsthilfe 2000: Perspektiven der Selbsthilfe und ihrer infrastrukturellen Förderung“ ist dies ein wichtiges Ergebnis: Erfolgreiche Selbsthilfekontaktstellen in alten und neuen Bundesländern arbeiten mit identischen Standards und Aufgabenprofilen.

Punkt 2: **Die Übernahme von Zusatzaufgaben durch Selbsthilfekontaktstellen ist nur dann möglich, wenn das Standardaufgabenprofil einer Selbsthilfekontaktstelle gewährleistet und sicher gestellt ist.** In diesem Zusammenhang haben wir sehr ausführlich über die Frage diskutiert, unter welchen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen eine Selbsthilfekontaktstelle Zusatzaufgaben übernehmen kann. Diese Bedingungen für Zusatzaufgaben sind:

- die Zusatzaufgaben müssen zum inhaltlichen Profil und zu den Zielen der konkreten Selbsthilfekontaktstelle passen,
- sie müssen einen lokalen Bezug haben,
- sie müssen die Akzeptanz bei den ursprünglichen Zielgruppen der Selbsthilfekontaktstelle, also den selbsthilfeinteressierten Bürgerinnen und Bürgern sowie den Selbsthilfegruppen und -Initiativen haben,
- sie sollten in der Regel zeitlich befristet sein,
- sie müssen zusätzlich finanziert werden und
- hierfür müssen Verträge geschlossen werden.

Punkt 3: Die **Möglichkeiten für Zusatzaufgaben**, hierüber haben wir anhand der Referate aus Erfurt und Münster sowie einer Vielzahl weiterer Beispiele sehr ausführlich diskutiert, **sind sehr breit gefächert**. Mögliche Zusatzaufgaben für Selbsthilfekontaktstellen können sein:

- die Geschäftsführung von regionalen Gesundheitskonferenzen
- die Mittlerfunktion zwischen den Interessen der Bürger, den Diensten und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens sowie der kommunalen Verwaltung
- die Sponseringberatung von Selbsthilfegruppen und -Initiativen
- die Bündelung aller lokalen Themen und Aktivitäten, die sich mit dem Thema Selbsthilfe befassen
- die Gesundheitsförderung in Betrieben
- die Beratung von ehrenamtlichen Helfern.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, daß die Selbsthilfekontaktstelle durch die Übernahme von Zusatzaufgaben innovative Impulse für das kommunale Sozial- und Gesundheitssystem setzt. Damit wird der konzeptionelle Ansatz der Selbsthilfekontaktstellen, Mittler oder bildlich gesprochen „Katalysator der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik“ zu sein, verstärkt.

Punkt 4: Und damit möchte ich bereits zum letzten Punkt kommen. **Das Dilema in der Diskussion über diese Zusatzaufgaben besteht für die Selbsthilfekontaktstellen in der derzeitig häufig ungesicherten Finanzierung ihrer Standardaufgaben.** Dies gilt sowohl für Selbsthilfekontaktstellen im Osten als auch im Westen. Dies möchte ich erläutern: Vor der Frage der schwierigen Finanzierung ihrer Standardarbeit stehen die Selbsthilfekontaktstellen heute vor dem Problem, daß sie Zusatzaufgaben übernehmen müssen, um den Fortbestand ihrer Arbeit absichern zu können. Dies geht dann jedoch sehr häufig zu Lasten der Standardaufgaben. Diese Standardaufgaben sind aber, wie Herr Greiwe von der MIKS Münster bildlich ausgedrückt hat, die Pflichtleistung. Die Kür, also die Übernahme von Zusatzaufgaben, ist nur dann möglich, wenn die Pflicht bereits absolviert ist.

Hier haben die Teilnehmer des Forums 3 die Forderung an die im Anschluß bei der Podiumsdiskussion vertretenen Politiker, Verwaltungen und Verbände gestellt, die Absicherung der Standardaufgaben von Selbsthilfekontaktstellen sicherzustellen.

Klaus Balke, NAKOS Berlin

17.4 Ergebnisse aus Forum 4

Die Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und -initiativen und Selbsthilfe-Kontaktstellen ist nicht rechtsverbindlich geregelt. Sie ist eine freiwillige Aufgabe sowohl der öffentlichen Hand (Länder und Kommunen) als auch der Krankenkassenverbände und damit dem Ermessensspielraum unterschiedlicher Akteure unterworfen („Die Krankenkassen können Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse fördern." (§ 20 Abs. 3. a SGB V vom Dezember 1992)).

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es etwa 160 Selbsthilfe-Kontaktstellen, in denen hauptamtlich Selbsthilfe-Unterstützungsarbeit geleistet wird. Die Finanzierung dieser Einrichtungen ist sehr unterschiedlich geregelt.

In zwölf Bundesländern stellen Landesministerien Fördermittel für Selbsthilfe-Kontaktstellen zur Verfügung, wobei die Fördersummen sehr differieren (näheres in: NAKOS (Hrsg.): Selbsthilfeförderung durch die Länder der Bundesrepublik Deutschland 1995, NAKOS-Paper Nr. 5, Oktober 1995). Während in den alten Bundesländern viele Selbsthilfe-Kontaktstellen von den Kommunen (grund)finanziert werden, haben in den neuen eher zeitliche begrenzte Förderungen über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) und über den § 249 h Arbeitsförderungsgesetz (AFG) eine große Bedeutung. Eine besondere Rolle hat die Finanzierung von 17 Selbsthilfe-Kontaktstellen im Rahmen des Modellprogramms des BMFSFJ „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern", die bis voraussichtlich Ende 1996 läuft.

Die einzelnen gesetzlichen Krankenkassenverbände haben 1993 und 1994 Konzepte entwickelt, wie sie die Förderung von Selbsthilfegruppen, SHO und Selbsthilfe-Kontaktstellen für ihren Bereich umsetzen wollen (vgl. NAKOS (Hg.): Selbsthilfe-Förderrichtlinien der Länder, NAKOS-PAPER Nr. 7, November 1994). Die Förderung der Selbsthilfe-Kontaktstellen durch die Krankenkassenverbände erfolgt zumeist projektbezogen. Eine Abstimmung der Kassenverbände untereinander und mit der öffentlichen Hand findet nicht statt. Die Ergebnisse (vgl. **Abb. 19**) einer empirischen Untersuchung der NAKOS vom Herbst 1995 über den Stand der Kontaktstellenförderung in der Bundesrepublik Deutschland zeigen, daß die Selbsthilfe-Kontaktstellen 1995 durch die Krankenkassenverbände insgesamt mit ca. 363.000 DM finanziert werden (vgl. Balke, Klaus: Förderung der Selbsthilfe-Kontaktstellen durch die Krankenkassenverbände nach § 20, Abs. 3a SGB V. NAKOS EXTRA Nr. 27. Berlin,

Februar 1996, S.16). Diese Größenordnung entspricht, bezogen auf die Empfehlungen von ISAB, weniger als 1 % des Finanzbedarfs der Kontaktstellen.

Die anschließende Diskussion kann wie folgt zusammengefaßt werden: Die Eingangsstatements von Frau Engelhard vom Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit und Herrn Wenig vom Bundesverband der Innungskrankenkassen machten deutlich, daß in der Umsetzung der Förderung der Selbsthilfe-Kontaktstellen erhebliche Koordinationsprobleme liegen, was auch in den Beiträgen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer deutlich wurde.

Kernproblem ist, daß die Förderung der Selbsthilfe-Kontaktstellen auf der Ebene der öffentlichen Hand und der Krankenkassen parallel und ohne Abstimmung stattfindet. Die Kostenträger sind sich zwar - so die Vertreter der Krankenkassen - darüber einig, daß die Selbsthilfe-Förderung eine Gemeinschaftsaufgabe der Kommunen, Länder und Krankenkassen ist. Dieses Argument wird aber nur hinsichtlich der grundsätzlichen Finanzierungsverantwortung verwendet, eine Zusammenarbeit gibt es bei der Förderung nicht. Von Vertretern verschiedener Landesministerien, Kommunen und Selbsthilfe-Kontaktstellen wurde in der Arbeitsgruppe immer wieder auf die - bis auf wenige Ausnahmen - nicht vorhandene Bereitschaft der Krankenkassenverbände hingewiesen, sich an konkreten Diskussionen zur Gemeinschaftsförderung zu beteiligen. Bei vielen Selbsthilfe-Kontaktstellen, aber auch Ländern und Kommunen, hat das zu erheblicher Verbitterung und Resignation geführt.

Von allen Krankenkassenvertretern wurde darauf verwiesen, daß es keine rechtsverbindliche Absicherung der Selbsthilfe-Förderung durch die Länder und Kommunen gibt. Diese Unverbindlichkeit ermögliche jederzeit einen Rückzug der öffentlichen Hand und belaste das Vertrauen der gesetzlichen Krankenversicherung. Man befürchte - durch Erfahrungen in anderen Bereichen - über kurz oder lang zum alleinigen Financier der Selbsthilfe-Kontaktstellen zu werden. Es seien Änderungen vonnöten, die die Selbsthilfe-Förderung durch die öffentliche Hand rechtsverbindlich regele. Einige Krankenkassenvertreter meinten darüber hinaus, daß die Regelung des § 20, Abs. 3a SGB V nur eine Projektförderung („Zuschuß“) ermögliche. Eine Beteiligung an der Gemeinschaftsfinanzierung der Selbsthilfe-Kontaktstellen im Sinne einer institutionellen Förderung sei daher nicht möglich.

Trotz dieser Positionen herrschte im Forum Konsens darüber, daß die Selbsthilfeförderung fachlich und strukturell gesehen eine Gemeinschaftsaufgabe der öffentlichen Hand (Kommunen und Länder) und der

Krankenversicherung (und perspektivisch auch anderer Sozialversicherungsträger) ist. Von Vertretern der Selbsthilfe-Kontaktstellen und zum Teil auch der öffentliche Hand wurde die Forderung erhoben, daß im Rahmen der „Dritten Stufe der Gesundheitsreform“ eine Veränderung des § 20, Abs. 3a SGB V erfolgen müsse. Die Krankenkassen müßten verpflichtet werden, sich gemeinschaftlich mit der öffentlichen Hand an der Kontaktstellen-Förderung zu beteiligen.

Zu der Forderung der Krankenkassenverbände nach einer Verpflichtung der öffentlichen Hand zur Förderung der Selbsthilfe-Kontaktstellen wurde in der Diskussion von seiten einzelner Landesministerien angeführt, daß es Überlegungen gibt, die Förderung der Selbsthilfe-Kontaktstellen als Aufgabe der Kommunen in Gesetzen (z.B. in einem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst) festzuschreiben. Wegen der prekären Finanzsituation der Kommunen und Länder könnten entsprechende Umsetzungen realistischerweise allerdings nur dann erfolgen, wenn sich die Kassenverbände angemessen an entsprechenden Finanzierungen der Selbsthilfe-Kontaktstellen beteiligen würden. Als Richtgröße für die Beteiligung der Krankenkassen müßte die Übernahme von ca. 1/3 der Kosten angesehen werden.

Im weiteren Zentrum der Diskussion stand vor allem die mangelnde Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung der Selbsthilfe-Kontaktstellen. Die Übernahme von insgesamt weniger als einem Prozent der Kosten wurde als nicht akzeptabel bewertet. Die Frage, was die Krankenkassenverbände selbst als realistische Fördergröße ansehen würden, blieb weitgehend unbeantwortet. Lediglich der Vertreter des Bundesverbandes der Innungskrankenkasse betonte, daß es für ihre regionalen Gliederungen die Empfehlung gäbe, sich an der Selbsthilfe-Förderung mit einem Betrag von 1,-- DM pro Mitglied zu beteiligen, wovon -,50 DM für die direkte Selbsthilfegruppen- und -,50 DM für die Kontaktstellen-Förderung verwandt werden sollten. Von den Vertretern der anderen Krankenkassenverbände wurden keine klaren Aussagen gemacht.

Deutlich wurde in der Diskussion auch, daß **das Profil der Selbsthilfe-Kontaktstellen weiter gestärkt werden muß**. Immer noch gibt es zum Teil - so einige Teilnehmer aus dem Krankenkassenbereich - Unklarheiten darüber, was die Aufgaben dieser Einrichtungen sind und wo es besondere fachliche Kooperationsmöglichkeiten zu den sozialen Diensten der Krankenkassenverbände geben kann. Finanzierungsfragen prägten die Diskussion zwischen Selbsthilfe-Kontaktstellen und Krankenkassen, so daß es viel zu selten zur Zusammenarbeit käme.

Gewünscht wurde von den Teilnehmern am Ende des Forums, daß bei der anschließenden Podiumsdiskusssion mit den Politikern **konkrete Wege gefunden werden, wie ein gemeinschaftliches Förderkonzept für die Selbsthilfe-Kontaktstellen verwirklicht werden kann.**

Erlauben sie mir zum Abschluß ein persönliches Fazit: Die Diskussion zeigte, daß der Stand der Förderung gerade der Selbsthilfe-Kontaktstellen - um die es im Forum 4 ausschließlich ging - nach wie vor nur als unbefriedigend bezeichnet werden kann. Bei den Kostenträgern gibt es seit mittlerweile drei Jahren keine Einigung darüber, daß sinnvoll nur gemeinschaftlich gefördert werden kann und wie eine solche Mischfinanzierung umgesetzt werden kann. Die Leidtragenden sind die Kontaktstellen, deren Zukunft an vielen Orten zur Disposition stehen wird. Da die Selbstverantwortung in diesem Bereich nicht funktioniert, müssen Änderungen von außen, aus dem Politikbereich gesetzt werden. Dazu zählt eine Änderung des § 20, Abs. 3a SGB V, der die Krankenkassen verpflichtet, sich an der Finanzierung gemeinschaftlich zu beteiligen. Daneben muß eine stärkere Verankerung der Förderungsverpflichtung für den Bereich der öffentlichen Hand (Kommunen und Länder) angestrebt werden.

Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfekontaktstellen (KOSKON), Nordrhein-Westfalen

17.5 Ergebnisse aus Forum 5

Ich möchte Ihnen die Ergebnisse des Forums 5 vorstellen. Hierzu zunächst ein Hinweis: Seit zwei Jahren organisiert die NAKOS der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V. ein Arbeitstreffen der Sprecherinnen und Sprecher aller Landesarbeitsgemeinschaften. Diese Treffen dienten bisher dem Informations- und Erfahrungsaustausch und werden sich in Zukunft auch mit der Frage befassen, welche bundesweite Interessenvertretung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfe-Unterstützungsstellen notwendig und möglich ist.

Die Diskussion im Forum 5 ergab zusammengefaßt folgende Feststellungen:

- Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfe-Kontakstellen sind notwendig, weil sie unabhängig von Trägerinteressen Qualitätsstandards für die Selbsthilfe-Unterstützung entwickeln und die Qualität der Arbeit sichern können.
- Durch die unzureichenden personellen und finanziellen Ressourcen der Selbsthilfe-Kontaktstellen wird die Arbeit der Landesarbeitsgemeinschaften zur Zeit noch erschwert.

- Die Landesarbeitsgemeinschaften werden als kompetente Ansprechpartner insbesondere bei der Entwicklung von Förderkonzepten für die infrastrukturelle Selbsthilfe-Unterstützung noch zu wenig wahrgenommen.

Als Fazit der Diskussion im Forum wurden drei Forderungen formuliert:
Die erste Forderung richtet sich an die Träger von Selbsthilfe-Kontaktstellen. Die Fachtreffen der Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfe-Kontaktstellen müssen sichergestellt werden, d.h., die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen freigestellt und die Kosten für die Dienstreise übernommen werden. Der Aufbau einer Parallelstruktur, welche die Arbeitsfähigkeit der Landesarbeitsgemeinschaft beeinträchtigt, ist zu vermeiden. Es muß gewährleistet werden, daß in den Landesarbeitsgemeinschaften nur hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vertreten sind, die in Kontaktstellen mit definiertem Standard arbeiten.

Die zweite Forderung richtet sich an die Landesregierungen. In fachlichen Fragen der Selbsthilfe-Unterstützung und insbesondere bei der Entwicklung von Förderkonzepten für die infrastrukturelle Selbsthilfe-Unterstützung **sollen die Landesarbeitgemeinschaften** als fachkompetente Ansprechpartner akzeptiert und **einbezogen werden.**

Die dritte Forderung richtet sich an die Bundesregierung. Es sollen Fördermittel des Bundes bereitgestellt werden, um die bundesweite Vernetzung der Landesarbeitsgemeinschaften und die Interessenvertretung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfe-Kontaktstellen **zu realisieren**. Dabei sollten bereits vorhandene Strukturen wie z.B. die von der NAKOS der DAG SHG organisierten Treffen genutzt werden.

Auf die Formulierung von Forderungen an die Kommunen wurde in diesem Zusammenhang verzichtet, da dies nicht als eine Aufgabe der Landesarbeitsgemeinschaften angesehen wurde.

Die beiden Bundesmodellprogramme zur Förderung der Selbsthilfe durch Selbsthilfe-Kontaktstellen haben den Nutzen infrastruktureller Selbsthilfe-Unterstützung für die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen in der Bevölkerung und die Erhaltung bestehender Selbsthilfezusammenschlüsse eindeutig belegt. Die positiven Ergebnisse nicht produktiv umzusetzen in einer angemessen ausgestatteten Unterstützungsstruktur wäre eine sozial- und gesundheitspolitische Fehlentscheidung.

18. Die Zukunft der Förderung von Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen - Abschlußdiskussion

Moderator: Ministerialrat Wolfgang Hesse, BMFSFJ

Hesse: Sehr geehrte Damen und Herren, es haben sich einige Änderungen ergeben, die ich Ihnen zunächst mitteilen möchte. Von den im Tagungsprogramm ausgedruckten Teilnehmern konnten einige nicht erscheinen. Herr Jürgen Möllemann von der FDP ist verhindert. Als zweiter konnte Herr Dr. Dr. Vorpahl nicht kommen. Herr Fink wird später eintreffen. Daher wird Herr Dr. Motsch für die CDU/ CSU sprechen.

Frau Schaich-Walch wird für die SPD-Bundestagsfraktion sprechen. Frau Andrea Fischer für die Bundestagsfraktion der Grünen, Bündnis 90/Die Grünen. Frau Bläss für die PDS. Weiter darf ich vorstellen, Herrn Prof. von Ferber vom ISAB Institut, Herr Picard spricht für den AOK-Bundesverband, Frau Dr. Scriba für das Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Frau Vera Lasch für den DGB und Frau Moos-Hofius für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen.

Der erste Themenschwerpunkt ist, noch einmal Klarheit zu schaffen über die Einschätzung der Bedeutung von Selbsthilfe für unser Sozial- und Gesundheitswesen, und zwar für die Gegenwart und für die Zukunft. Der zweite Schwerpunkt ist die Frage: Soll der Staat sich aktiv um die Aktivierung von Selbsthilfe bemühen? Ist die Förderung dieses Bereiches als eine Aufgabe des Staates anzusehen, ähnlich derjenigen, für die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung zu sorgen? Kann man das ähnlich sehen? Der dritte Themenschwerpunkt ist die Frage: Wie kann dies geschehen? Was muß zukünftig passieren, damit Bedingungen gestärkt oder auch erst hergestellt werden, die für die Entwicklung und Ausbreitung von Selbsthilfe günstig sind? Beginnen wir mit der ersten Frage: Sind wir uns einig über die Bedeutung von Selbsthilfe für das Sozialwesen und für das Gesundheitswesen? Ich schlage vor, daß wir diese Frage zunächst an die Politiker geben. Bitte zunächst Herr Dr. Motsch.

Motsch: Ich habe die ehrenvolle Aufgabe, Herrn Fink zu vertreten. Ich bin Kommunalpolitiker, bin berufsmäßiger Stadtrat, Bezirksrat und im Augenblick Kandidat in einem aktuellen Oberbürgermeisterwahlkampf, was natürlich die kommunale Seite im Vordergrund erscheinen läßt. Gleichwohl werde ich zur allgemeinen politischen Einschätzung etwas sagen können. Für das soziale Klima in unserem Staate ist Selbsthilfe unverzichtbar. Wenn wir das soziale Klima verbessern wollen, müssen wir Selbsthilfe fördern.

Das zweite ist, bei strukturellen Änderungen sowohl in den Leistungsgesetzen wie auch in fachlicher Hinsicht muß man auf die Selbsthilfekräfte und Selbsthilfegruppen zurückgreifen. Wir werden den Umbau des Sozialstaates, den ich für unbedingt notwendig halte, nicht schaffen ohne Einbeziehung der Betroffenen. Deswegen kommt der Selbsthilfebewegung für die nächsten Jahre eine immense Bedeutung zu.

Schaich-Walch: Ich sehe weniger die große Aufgabe der Selbsthilfe im Rahmen des Umbaues unseres Sozialstaates. Ich glaube, daß Selbsthilfegruppen, die sich aufgrund einer speziellen Problemlage gebildet haben, häufig diejenigen sind, die sehr viel mehr Fachleute sind als viele professionelle Kräfte. Ich gehe auch davon aus, daß sie andere Arbeitsstrukturen haben können und umsetzen, die in vielen Fällen wünschenswerter sind als eine reine Hilfe über unsere sozialen Sicherungssysteme. Deshalb bin ich der Überzeugung, daß wir für die Selbsthilfe vernünftige und gute Arbeitsgrundlagen schaffen müssen, aber das in einem dreigeteilten Aufgabenbereich.
Fischer: Nach zwei Tagen auf dieser Tagung scheint es mir wie Eulen nach Athen zu tragen, Ihnen noch einmal zu bestätigen, wie wichtig die Selbsthilfe ist. Ich glaube, die Formel, die vorhin in einem der Arbeitsgruppenberichte genannt wurde, bringt es auf den Punkt: Die Selbsthilfe erfüllt eine wichtige Ergänzungsfunktion zu den sozialstaatlichen Institutionen, aber sie ist kein Ausfallbürge für die sozialstaatlichen Institutionen. Ich glaube, so weit sind wir uns alle einig, daß wir uns deswegen nicht länger mit warmen Worten aufhalten sollten, sondern darüber reden sollten, was sich dann ändern muß.

Bläss: Die Diskussion der letzten zwei Tage hat gezeigt, welch unverzichtbaren und unersetzbaren Beitrag Selbsthilfe in diesem Staat leistet. Für mich ist ein entscheidender Gesichtspunkt, diese Debatte nicht isoliert zu betrachten. Ich möchte die Diskussion um die Perspektiven der Selbsthilfe eingebunden sehen in die Debatte um die Zukunft der Arbeit, ihre Neubewertung und Neudefinition. Was im Bereich der Selbsthilfe - insbesondere von Frauen - unentgeltlich an Arbeit geleistet wird, muß als gesellschaftlich nützliche Tätigkeit anerkannt und auch finanziell aufgewertet werden. Zum anderen möchte ich darauf verweisen, daß Selbsthilfe auf keinen Fall dazu verkommen darf, eine Art „Auffangbecken“ für den Sozialabbau zu sein.

Hesse: Ich meine, wir sind alle - mit unterschiedlichen Schwergewichten - der Meinung, daß die Selbsthilfe eine ganz außergewöhnliche Bedeutung für unseren Sozialstaat hat und haben wird. Gibt es von Ihnen dazu noch Ergänzungen? Sonst würde ich weiterschreiten zu dem nächsten Schwerpunkt.

Der zweite Themenschwerpunkt ist die Frage: Soll der Staat sich um die Aktivierung von Selbsthilfe bemühen? Ist das eine Staatsaufgabe? Eine Staatsaufgabe ähnlich wie das Sichkümmern um die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherungen? Ich würde zunächst Herrn von Ferber um ein kurzes Statement hierzu bitten. Soll die Politik, die Gesellschaft, wenn man es mal zuspitzen will, nicht nur bedienen, sondern auch aktivieren?

von Ferber: Ich würde dies bejahen im Hinblick auf den ersten Teil Ihrer Frage. Bei der sozialen Sicherung, gleich ob sie Einkommen sichert oder Dienstleistungen fördert und finanziert, wird stets selbstverständlich vorausgesetzt, daß eine Selbsthilfe der Bürger existiert. Bei den starken Wandlungen, die unsere Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten durchlaufen hat, ist es selbstverständlich, daß diese Selbsthilfe nicht mehr vorausgesetzt werden kann wie früher, sondern in vieler Hinsicht unterstützungsbedürftig ist. Ich denke an das bedrängende Problem der Arbeitslosigkeit. Hier kann es nicht nur um Beschäftigungspolitik gehen, sondern hier geht es auch um die soziale Lage der Arbeitslosen. Ich denke an die vielen Behinderten und chronisch Kranken, die bemerkenswerterweise in der Lage sind, sich selber zu helfen.

Wir haben aber auch gehört, daß der Zusammenschluß zu Selbsthilfegruppen voraussetzungsvoll und schwierig ist. Hier hat in der Tat der Staat, insbesondere die Kommunen, die Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen die Arbeit der Selbsthilfegruppen erleichtert wird. Es müssen Voraussetzungen geschaffen werden, daß gleichbetroffene Menschen zueinanderfinden können und Hilfen hinsichtlich Räumen und normalen Unterstützungsbedarfs erhalten. Ich glaube, daß insbesondere die Kommunen als Träger der örtlichen Gemeinschaft angesprochen sind, solche infrastrukturellen Voraussetzungen zu schaffen und auf Dauer zu sichern.

Daneben gibt es einen Bereich, über den wir wenig gesprochen haben. Das ist der Bereich der ehrenamtlichen Arbeit. Hier spielt die Aktivierung eine ganz besondere Rolle. Ich möchte nur ein Feld herausheben. Das Betreuungsgesetz, wonach Menschen, die nicht mehr selber in der Lage sind, ihre eigenen Angelegenheiten vollverantwortlich zu führen, eine Hilfe bekommen. Hier hat das Gesetz von vornherein auf die Ehrenamtlichkeit gesetzt. Hier geht es nicht nur darum, Bürger von außen zu gewinnen, sondern die Hälfte all dieser Betreuungen werden von Familienangehörigen geleistet. Hier haben wir die merkwürdige Tatsache, daß Familienangehörige - Eltern für ihre behinderten Kinder, Kinder für ihre altersdementen Eltern, Geschwister für ihre

psychisch kranken Geschwister, um nur die Hauptzielgruppen zu nennen - als Angehörige eine öffentliche Aufgabe übernehmen, nämlich den Schutz und die anwaltschaftliche Vertretung ihrer Angehörigen. Hierfür hat das Gesetz auf die Ehrenamtlichkeit gesetzt, weiß aber, daß diese Ehrenamtlichkeit nicht umsonst zu haben ist und der Förderung bedarf.

Unser soziales Sicherungssystem setzt Selbsthilfe in der Einkommenssicherung und in den Dienstleistungen voraus und fordert die Selbsthilfe in bestimmten öffentlichen Aufgaben. Selbsthilfe, das wissen wir, ist nicht zum Nulltarif zu haben. Die Bedingungen, unter denen Selbsthilfe erfolgreich arbeiten kann, kann sie nicht selber schaffen. Sie müssen garantiert sein, und auf diesem Gebiet sind sowohl die Kommunen als Träger der Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft wie die Länder als Träger der Gesundheits- und Sozialpolitik und letztendlich der Bund als Träger der Sozialversicherung und auch des Sozialhilferechts angesprochen. Daher scheint es mir selbstverständlich und auch durch eine Fülle von Untersuchungen belegt zu sein, daß hier die Unterstützung, die aktive Förderung des Staates gefordert ist. Ich sehe zugleich das Problem, daß unter Umständen eine Vereinnahmung stattfindet, daß Selbsthilfe nicht die Entfaltungsmöglichkeiten erhält, die sie benötigt. Ich glaube, dies ist eine Frage der konkreten Ausgestaltung, um zwischen Förderung der Selbsthilfe und staatlichen Interessen einen Mittelweg zu finden, der beide Ziele zu ihrem Recht kommen läßt.

Hesse: Ich darf Herrn Fink begrüßen, der jetzt doch schneller als erwartet durch den Schnee zu uns gekommen ist. Wir sind mitten in der Diskussion. Wir hatten im ersten Schwerpunkt schnell Einigkeit, daß alle Parteien und alle hier im Raume der Meinung sind, daß die Bedeutung der Selbsthilfe für unser Sozial- und Gesundheitswesen jetzt und in Zukunft sehr groß ist. Ich denke, daß sich im letzten Jahrzehnt vieles entwickelt hat. Sie wissen dies aus ihrer Zeit als Sozialsenator in Berlin, als Sie begonnen haben, diesen Bereich der Politik zu erschließen.

Wir sind jetzt beim zweiten Themenschwerpunkt, ob der Staat sich um die Aktivierung von Selbsthilfe bemühen soll, ob dies eine staatlich Aufgabe ist. Frau Moos-Hofius, die Gegenposition dazu wäre: Selbsthilfe soll sich doch selbst helfen. Erfahren Sie dieses auch heute noch? Hören sie solche Meinungen?

Moos-Hofius: Sie kamen eine ganze Weile nicht vor, weil sie vielen zu peinlich geworden sind. Inzwischen tauchen sie wieder häufiger auf. Das hat einen Zusammenhang mit öffentlichen Finanzierungsfragen. Der Staat hat Interesse daran,

daß Menschen sich bewegen. Deshalb bauen Kommunen Sportplätze, Schwimmbäder usw. Er stellt eine Infrastruktur zur Verfügung, die dann von den Menschen in einer vom Staat gewünschten Form, aber eben auch in ihrer eigenen Ausprägung genutzt werden soll. Es ist völlig unsinnig, daß wir nach so vielen Jahren Selbsthilfeunterstützung und nach so vielen wissenschaftlichen Ergebnissen, die mittlerweile vorliegen und die handfest sind, immer noch darüber reden: Braucht Selbsthilfe eine Förderung - ja oder nein? Und wenn ja, wie sollte die dann eigentlich aussehen? Also, ich habe den Eindruck, die Diskussion hat langsam einen beschäftigungstherapeutischen Wert.

Hesse: Bei einer Selbsthilfetagung vor einigen Jahren war der damalige Bundespräsident von Weizsäcker zugegen. Er hat in bezug auf die Selbsthilfe einen Satz formuliert: „Freiheit wird jedoch nur dann Bestand haben, wenn sie als Freiheit mit ihren eigenen Initiativen nicht nur gefördert, sondern auch finanziert wird.“ Also eine ganz klare, deutliche Position und zwar in bezug auf die Selbsthilfe, denn er sagte dies auf einer Selbsthilfetagung. Herr Fink könnten sie das unterstreichen? Würden sie diese Position auch übernehmen?

Fink: Positionen von Richard von Weizsäcker übernehme ich immer gerne. Er war ja derjenige, der in den 80er Jahren Regierender Bürgermeister in Berlin war, und ich war damals Sozial- und Gesundheitssenator. Er hat wesentlich mitgeholfen, als wir damit begonnen haben, kommunal- und ländermäßig die Selbsthilfe zu unterstützen. Das war kein einfacher Prozeß. Auf der einen Seite, auf der Seite des Staates, gab es starke Berührungsängste. Aber auch bei der Selbsthilfebewegung gab es Berührungsängste, weil man befürchtete, durch eine staatliche Förderung mehr oder weniger vereinnahmt zu werden. Im Laufe der Zeit hat man gesehen, daß die Berührungsängste sowohl beim Staat wie bei der Selbsthilfebewegung abgebaut werden konnten. Ich denke, es hat sich im Laufe der Jahre ein fruchtbares Zusammenwirken daraus entwickelt.

Wenn jetzt die Frage nach der Finanzierung gestellt wird: Wir haben damals in Berlin aus länder- bzw. kommunalen Mitteln die Selbsthilfebewegung unterstützt. Ich finde, daß die kommunale Sozialpolitik, die Ländersozialpolitik eine wachsende Bedeutung haben muß. Sie ist näher dran an den Problemen als z.B. eine Bundespolitik. Rentenversicherungsträger z.B. sind viel weiter entfernt von den Problemen. Deshalb denke ich, daß in Zukunft die kommunale und die ländermäßige Sozialpolitik eine wachsende Bedeutung haben muß. Dazu gehört mit Sicherheit die Unterstützung subsidiärer Einrichtungen, wie sie die Selbsthilfebewegung nun einmal darstellt, und daß ich für die Finanzierung von Kontaktstellen bin, das ist sowieso klar. Schließlich

haben wir das damals in Berlin so aufgebaut. Die Frage ist, wie man das sinnvollerweise finanziert.

Hesse: Herr Picard, würden Sie zustimmen, daß man Staat in dem Fall weiterfassen sollte? Daß man Staat nicht nur als Gebietskörperschaften, als öffentliche Hand auffassen soll, sondern daß dazu auch die parastaatlichen Organisationen wie etwa Krankenkassen gehören? Daß auch sie aufgerufen sind, sich um dieses Thema zu bemühen und zur Aktivierung beizutragen?

Picard: Herr Hesse, wir sind gerade auf einem Weg, daß insbesondere die Krankenkassen sich unter Wettbewerbsbedingungen mehr und mehr von der sogenannten mittelbaren Selbstverwaltung entfernen. Jetzt fordern Sie praktisch wieder mehr Staat. Das paßt nicht ganz in die Landschaft. Ihre Frage geht dahin: Soll der Staat sich darum bemühen? Da hätte ich meine Schwierigkeiten. Wir haben lange gut damit gelebt, daß wir keinen § 20 hatten. Da sind viele Initiativen entstanden - die Präsidentin der Rheuma-Liga kann das bestätigen - mit Unterstützung insbesondere der Krankenkassen, meine Kasse hat sich dabei besonders hervorgetan. Jetzt haben wir den § 20 Abs. 3a SGB V, und wir diskutieren stundenlang, wie der auszufüllen ist. Ich habe nichts dagegen, daß dieser Paragraph da ist. Nur habe ich bisher die Erfahrung gemacht, wenn der Staat reinfummelt, trägt das nicht immer dazu bei, die Sache voranzutreiben. Wenn es aber darum geht, Infrastruktur zu schaffen, ist das Engagement des Staates zu begrüßen. Das muß sogar sein. Da müssen entsprechende Stellen sein, die das flächendeckend und übergreifend organisieren, und dabei ist der Staat auf jeden Fall gefordert. Ob ich nun das Land nehme oder auch die kommunalen Stellen. Das ist gar keine Frage. Da sind wir auch als Partner gerne bereit mitzuziehen. Wir selbst können die Struktur jedoch nicht schaffen. Die Aufgaben, die der Staat in den übrigen Bereichen des Gesundheitswesens, des Krankenhauswesens usw. wahrnimmt, die fordere ich auch für den Bereich der Selbsthilfe ein.

Hesse: Sie akzeptieren jedoch, daß wir uns Gedanken darüber machen, und vielleicht kann man die Krankenkassen als ein Instrument des Staates sehen. Wenn der Staat die Vorstellung hat, etwas zu fördern, daß er sich möglicherweise dieses Instrumentes bedienen kann. Aber dann müssen wir doch noch etwas tiefer in die Dinge hineinsteigen. Also, ich stelle mir vor, daß wir uns auch Klarheit darüber verschaffen, ob der Staat sich um die Aktivierung von Selbsthilfe bemühen soll, ähnlich wie er die Aufgabe hat, sich um die Funktionsfähigkeit von Sozialversicherungen zu bemühen. Ist es nicht so, daß unsere Gesellschaft sich weiterentwickelt hat, daß es Bereiche gibt,

die über die bewährten etablierten Instrumente nicht mehr gelöst werden können, daß es neuer Instrumente bedarf und daß der Staat sich dieser neuen Instrumente annehmen muß?

Frau Lasch, Sie vom DGB vertreten eine Organisation, die gewachsen ist mit unserem Sozialstaat. Wie sehen Sie das, was ich gerade gesagt habe, daß also neue Entwicklungen da sind, die auch neuer Instrumente bedürfen?

Lasch: Ich denke, daß gewährleistet sein muß, daß die Aktivierung der Bürger, die innerhalb der Selbsthilfebewegung stattfindet, nicht behindert, sondern gefördert wird. Dabei ist es wichtig, betrachtet man sich die Positionen des DGB zur Gesundheitspolitik, daß man einen Beitrag schafft zur Verringerung gesundheitlicher Risiken und zur Vermehrung gesundheitsgerechten Verhaltens. Das heißt, Gesundheitsförderung und Selbsthilfeunterstützung haben einen zentralen Stellenwert im Rahmen dieser Politik. Wenn man das gewährleisten will, dann muß man auch dafür sorgen, daß eine solche Politik von allen Institutionen beachtet wird. D.h. es müssen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden. Im Bereich der Instrumente sollte diese Arbeit ebenfalls nicht behindert werden. Daher muß man dafür sorgen, daß die Selbsthilfe die Kompetenzen, die sie im System der gesundheitlichen Versorgung zur Verfügung stellen kann, auch tatsächlich einbringen kann. Selbsthilfe muß als freiwillige Ergänzung verstanden, aber auch als Instrument zur Demokratisierung in dem Bereich genutzt werden.

Hesse: Ich denke wir sollten diesen Punkt noch vertiefen und auch die Meinung der Vertreter der Parteien dazu hören. Herr Fink, ihr früherer Mitarbeiter, Herr Dr. Dettling, hat ein neues Buch herausgegeben. Eigentlich aus dem Gedanken heraus, den ich vorhin vorgetragen habe, sagt er, der Staat habe sich bislang um die Entwicklung staatlicher Sozialeinrichtungen gekümmert. Diese Fixierung auf den Sozialstaat wäre mit der Vernachlässigung der Sozialgemeinde, also der gesellschaftlichen Kompetenz, einhergegangen. Sehen Sie das ähnlich, daß ein Paradigmenwechsel stattgefunden hat und daß der Staat sich heute um neue Dinge kümmern muß, zusätzlich, nicht als Alternative?

Fink: Ja, ich sehe das genauso. Die Wahrheit ist, daß die großen Sozialversicherungssysteme entstanden sind, um dafür zu sorgen, daß, wenn Menschen nicht mehr arbeiten können, ihnen ein Einkommensersatz zur Hand gegeben wird. Im Zuge der Lösung der alten sozialen Frage war das das zentrale Lösungsinstrument.

Aber es haben sich neue soziale Fragen nach vorne geschoben, Themen wie Isolierung, neue Krankheiten, neuer Umgang mit Krankheiten. Nicht nur zu denken, da gebe es jemanden, der löst das schon. Insofern muß man davon abkommen, lediglich Krankheitsheilungssysteme oder Rentensysteme oder Arbeitslosensysteme zu machen. Man muß den Versuch unternehmen, an der Kompetenz des einzelnen anzuknüpfen. Das geht nur durch subsidiäre Maßnahmen. Hat man zu große Einheiten, ist keine Überschaubarkeit mehr gegeben, dann kann der einzelne nicht angesprochen werden. Was man braucht, ist eine subsidiäre Sozial- und Gesundheitspolitik, und in diese Richtung zielen die Überlegungen von Herrn Warnfried Dettling.

Wir wissen, daß eines der zentralen Probleme heute in der wachsenden Zahl von Einpersonenhaushalten besteht. Früher gab es eine größere Hilfekompetenz dadurch, daß die Familien größer waren. Das ist heute nicht der Fall. Solange die Menschen, die allein leben, gesund, glücklich und ohne Probleme sind, macht es auch keine Probleme, aber wenn die Betreffenden krank und einsam sind, was dann? Wie sorgt man dann dafür? Wir wissen, daß mittlerweile jeder dritte Haushalt in Deutschland ein Einpersonenhaushalt ist, und in den großen Städten ist es jeder zweite Haushalt. Von da aus ergeben sich völlig neue Herausforderungen an eine Sozialpolitik.

Schaich-Walch: Wir haben das auf regionaler Ebene diskutiert und sind zu dem Ergebnis gekommen, daß wir die Einsetzung von regionalen Gesundheitskonferenzen befürworten, weil wir glauben, daß sich das, was notwendig ist, am besten in der jeweiligen Region, in der es stattfindet, auch widerspiegelt. Daß man dort herausfinden muß: Was brauche ich an Planung, was brauche ich an Hilfen, wer ist daran zu beteiligen, wenn geplant und umgesetzt wird? Teilnehmer einer regionalen Planungskonferenz sollten alle diejenigen sein, die Gesundheits- und Sozialleistungen in dieser Region erbringen, und dazu gehören für uns auch die Selbsthilfegruppen.

Ich möchte hierzu ein Beispiel nennen: Vorhin wurde es schon angesprochen, ich bin die Präsidentin der deutschen Rheuma-Liga, einer recht großen Selbsthilfegruppe. Ich komme aus Frankfurt. Dort haben wir mit Hilfe der Rheuma-Liga in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft eine neue Versorgungsstruktur schaffen können, die irgendwann in einer Regelfinanzierung abgesichert werden muß. Das heißt, daß wir im Ansatz davon ausgehen, daß auf regionaler Ebene im wesentlichen die Strukturfindung und Ausgestaltung stattfinden muß. Nur dann wird das Ganze einen Sinn machen und wird auch einen Beitrag dazu leisten können, daß man alte Arbeitsstrukturen aufbricht, was gerade im medizinischen Bereich von großer Notwendigkeit ist.

Hesse: Frau Fischer, vielleicht können Sie noch einmal darauf eingehen. Insbesondere unter dem Aspekt, daß früher die primären sozialen Netzwerke einfach zur Verfügung standen und heute nicht mehr unbedingt da sind, daß man also überlegen muß, wie man bestimmte Leistungen, die früher selbstverständlich waren, zur Verfügung stellen kann. Ob es möglich ist, sie auf dem herkömmlichen Wege - über Sozialversicherung - zur Verfügung zu stellen, oder ob dazu neue Instrumente erforderlich sind?

Fischer: Sie sind ja näher an der Bundesregierung. Aber ich hoffe, die Rentenversicherung ist noch nicht abgeschafft. Ich bin etwas irritiert über diese Frage. Ich gehe aber dennoch davon aus, daß der Konsens hier ist, daß wir für die Einkommensabsicherung der klassischen Lebensrisiken die großen Sicherungssysteme weiterhin brauchen. Dann ist darüber zu reden, wie sie weiter ausgestaltet werden. Das ist aber nicht das Thema hier. Ich glaube, auch die Frage danach, ob der Staat sich einmischen soll oder nicht, die würden bloß Ideologen entweder mit einem glatten Ja oder einem glatten Nein beantworten.

Tatsächlich muß man sagen, daß angesichts der gewachsenen Bedeutung, aber vor allen Dingen aus einem auf der Hand liegenden sozialpolitischen Grund eine öffentliche Unterstützung von Selbsthilfetätigkeit kommen muß. Wenn man Selbsthilfegruppen ausschließlich auf die finanzielle Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder verweist, dann ist klar, was passiert. Dann können günstigstenfalls Menschen ab der Mittelschicht aufwärts sich das erlauben, wenn die Krankheit ohnehin schon erhöhte Kosten der Lebensführung bedeutet und dann auch noch die infrastrukturelle Unterstützung einer Selbsthilfegruppe selbst geleistet werden muß. Daraus folgt, daß die Möglichkeit, sich überhaupt in Selbsthilfeorganisationen zu betätigen, von der sozialen Schicht abhängig wäre, was wir alle nicht wollen können.

Ich bin aber auch etwas irritiert über die Definition von Staat, die hier hervorzukommen scheint. Unsere Sozialversicherungen sind zwar von staatlichen Regeln geprägt, aber sie sind selbstverwaltet, und sie werden durch unsere Beiträge finanziert. Der Staat gibt Regeln dafür, so z.B. das, worüber wir heute hier sicherlich gleich noch streiten werden, über die Frage, was man im SBG V gegebenenfalls anders regeln müßte, oder auch im Bereich von anderen Sozialversicherungssystemen. Das ist zwar eine staatliche Regulierung, aber gleichwohl ändert das nichts daran, daß das unabhängige Systeme sind.
Ich finde, daß auch seitens einer Selbsthilfebewegung sehr behutsam mit der Forderung nach staatlicher Unterstützung umgegangen werden sollte. Wenn hier die Forderung aufgestellt wurde, man möchte eine staatliche Finanzierung der politischen

Lobbyarbeit der Selbsthilfegruppen, dann irritiert mich das, weil man bei jeder staatlichen Unterstützung bis zu einem gewissen Grad vom politischen Wohlwollen der jeweiligen politischen Formation abhängig ist, die diese staatliche Unterstützung zu geben hat. Ich glaube, man sollte bei der Erarbeitung von dem, was man fordert und was sinnvoll ist, vorsichtig sein und sehen, daß nicht eine Forderung entsteht, die in der Konsequenz zur Folge hätte, daß man sich den Schneid abkaufen ließe.

Hesse: Die Frage nach selbsthilfeförderlichen Bedingungen, die wir für richtig halten, soll der dritte und letzte Themenkomplex sein. Das wollen wir jetzt noch nicht durcheinanderbringen. Jetzt hat sich offensichtlich eine ganz spannende Diskussion ergeben. Ich habe schon einige Meldungen aus dem Plenum. Ich will aber der Fairneß halber zunächst noch die Politiker zu Wort kommen lassen, die sich hierzu noch nicht äußern konnten.

Bläss: In der ersten Beantwortungsrunde wurde übereinstimmend die große Bedeutung der Selbsthilfe gewürdigt. Für mich ergibt sich daraus die logische Konsequenz, die Förderung von Selbsthilfeinitiativen und -gruppen als Staatsaufgabe zu betrachten. Gerade in Zeiten, in denen sich der Staat zunehmend aus der Sozialpolitik zurückzieht und auf Privatisierung setzt, bedarf die Selbsthilfe staatlicher Unterstützung. Die gestrige Diskussion hat deutlich gemacht, daß das Kosten-Nutzen-Argument die Streichung finanzieller Mittel nicht rechtfertigt. Im Gegenteil, das Münchner Modell zeigt, was für Einspareffekte erzielt werden. Ein weiterer Rückzug des Staates aus sozialpolitischer Fürsorge und gesundheitlicher Betreuung wäre ein Schritt in die falsche Richtung, zu Lasten Betroffener.

Motsch: Ich darf die kommunale Seite in diesem Zusammenhang etwas deutlicher machen. Der Staat muß daran interessiert sein, daß soziales Klima entsteht, und er muß daran interessiert sein, daß Versorgungsstrukturen im sozialen Bereich gesellschaftlich mitverantwortet werden. Dafür muß er die Rahmenbedingungen schaffen. Der § 20 in der neuen Fassung ist eine ganz notwendige Rahmenbedingung. Ich sehe das ganz klar als Rahmenbedingung, die auszuschöpfen ist. Da habe ich überhaupt kein Verständnis für die Haltung der Krankenversicherung. Ich habe kürzlich erst „eine Pilgerreise“ mit meinen Mitarbeitern zu den einzelnen Krankenkassen hinter mir, die unter Wettbewerbsgesichtspunkten heute vor allem den § 20 betrachten. Ich könnte Ihnen einen wunderschönen Erfahrungsbericht geben. Es ist völlig klar, der § 20 ist eine notwendige Rahmenbedingung in diesem Zusammenhang. Genauso sind alle Mitwirkungsgesetze Rahmenbedingungen, z.B. das Heimgesetz mit der Mitwirkung der Heimbeiräte. Daß es nicht funktioniert, hat andere Gründe. Wir brauchen

Mitwirkungsmöglichkeiten gerade auch der Selbsthilfe in diesen Versorgungsstrukturen, und die müssen gesetzlich abgesichert sein.

Die kommunale Aufgabe ist die Bereitstellung der Infrastruktur gemeinsam mit dem Land. Dort liegt die Hauptverantwortung, die notwendige unterstützende Infrastruktur für die Selbsthilfe zu schaffen. Aus meinem Bereich kann ich sagen - ich vertrete ja zwei kommunale Ebenen, eigentlich sogar drei: In Bayern wird in wesentlichen Teilbereichen diese Verantwortung wahrgenommen, sowohl vom Staat wie auch von den kommunalen Ebenen. Ich glaube, in Unterfranken fördern wir 12 bis 15 Kontaktstellen kommunal mit ganz erheblichen Mitteln. Die unterstützende Infrastruktur ist eine Aufgabe von Land und Kommunen unter Mitfinanzierung aller anderen, da meine ich auch den § 20 SGB V und die Krankenkassen.

von Ferber: Ich bin überrascht darüber, daß wir hier im Podium, wenn wir über eine angemessene Förderung der Selbsthilfe diskutieren, den Sozialstaat zweiteilen. In das, was Aufgabe des Bundes, der Länder und der Kommunen ist, und in das, was Aufgaben der sozialen Sicherungseinrichtungen sind. Ich bin sehr überrascht, daß Herr Picard hier eine Staatsferne unter dem Wettbewerb für die Sozialsicherungssysteme reklamiert hat. Ich möchte daran erinnern, daß wir im Sozialgesetzbuch I einen umfassenden ganzheitlichen Hilfeanspruch haben für die Menschen, die in der sozialen Sicherung sind, und daß auf dieser Basis nicht nur die Zusammenarbeit der verschiedenen sozialen Sicherungseinrichtungen, sondern auch die Kooperation mit dem Bürger eingefordert wird. Wir haben dies in eindrücklicher Weise in verschiedenen Beiträgen auf dieser Tagung kennengelernt, und Herr Trojan hat das heute morgen zusammengefaßt. Dabei bestand offenbar Konsens, daß Selbsthilfe eine innovative, neue Hilfeform ist. Ich glaube, daß der sich Begriff der ganzheitlichen Hilfe, wie ihn das Sozialgesetzbuch I in eindrücklicher Klarheit formuliert hat, nicht nur auf professionellen Hilfen bezieht. Dabei würde man vergessen, daß unsere soziale Sicherung immer voraussetzt, daß sie eine Hilfe zur Selbsthilfe ist. Das gilt für die Einkommenssicherung ebenso wie für die Dienstleistungen. Von daher wäre ich z.B. dankbar über eine Auskunft darüber, ob der gemeinsame Ausschuß der Ärzte, Apotheker und Krankenkassen sich dazu entschließen könnte zu sagen: Wir wissen aus international durchgeführten Untersuchungen, daß Selbsthilfe eine innovative, neue Form der Hilfe ist, die wir professionell nicht bereitstellen können, die aber in Ergänzung unseres professionellen Dienstleistungssystems unersetzlich und unverzichtbar ist. Aus diesem Grunde empfehlen wir, ebenso wie wir andere Therapieformen empfehlen, auch eine Unterstützung der Selbsthilfe. Das wäre für mich eine klare Auslegung des in SGB I formulierten Anspruchs auf eine ganzheitliche Hilfe.

Darf ich in diesem Zusammenhang daran erinnern, daß es in den Anfängen unserer sozialstaatlichen Sicherung den Krankenkassen gleichgültig war, ob sie die Ärzte oder Heilpraktiker oder sonstwen finanzierten. Sie gingen von dem aus, was die Versicherten als für sich hilfreich in Anspruch nahmen. Erst die Ärzte haben allmählich ihr Behandlungsmonopol durchgesetzt. Aber wir wissen, und das wird auch von Medizinern zugestanden, daß wir an den Grenzen biomedizinischer Hilfen stehen. Das, was an Selbsthilfegruppen sich gestern vorgestellt hat, war an den Grenzen entstanden, wo die Biomedizin, die Krankenhäuser, die Ärzte und die Arzneimittel nicht mehr helfen können. Dort bürgt die Selbsthilfe für die Betroffenen für unverzichtbare Hilfen. Daher erlebe ich dies als Distanzierung von dem sozialen Sicherungssystem nach dem Motto: “Wir sind jetzt ein Wettbewerbsunternehmen und nähern uns der privaten Krankenversicherung an.“ Dies ist ein Streichen der Verbürgung des Sozialgesetzbuches I.

Hesse: Wir kommen jetzt zum dritten Themenschwerpunkt. Ich habe noch Wortmeldungen. Herr Balke, wollen Sie noch zum zweiten Themenschwerpunkt reden, also zu der Frage: Soll der Staat einen Beitrag leisten? Oder geht das schon über zum dritten Themenschwerpunkt, der Frage, wie die Bedingungen aussehen müssen?

Balke: Eine kurze Anmerkung zum Beitrag von Frau Fischer. Sie haben gesagt, Sie wissen nicht genau, ob die Selbsthilfebewegung für ihre politische Lobbyarbeit vom Staat finanziert werden soll. Ich möchte nicht, daß hier ein falscher Eindruck entsteht. Ich denke, es beschäftigt uns hier ganz wesentlich die Frage der infrastrukturellen Förderung der Selbsthilfe. Es geht darum, daß die Selbsthilfe sich noch nicht so weit entwickelt hat, daß sie von der Mehrheit der Bürger wahrgenommen wird. Es geht darum, Bedingungen zu schaffen, daß die Selbsthilfe an Bekanntheit und Bedeutung gewinnt. Das ist der Ansatz der Kontaktstellen. Ich denke, an dieser Stelle sind beide Seiten gefordert. Ich habe die Befürchtung, daß wir uns im Moment in der Diskussion zurückbewegen. Nach meiner Auffassung ist die Selbsthilfeförderung eine Aufgabe der öffentlichen Hand. Das ist unstrittig. Auf der anderen Seite hat der Gesetzgeber und damit auch die politischen Parteien die Rahmenbedingungen bereits geschaffen, daß auch andere - die Krankenkassenverbände - einsteigen können. Um das "können" rankt sich das Problem.

Es wird hier so getan, als gäbe es noch eine Diskussion darüber, ob die Selbsthilfeförderung eine Basisaufgabe der öffentlichen Hand ist oder ob es eine Gemeinschaftsaufgabe von unterschiedlichen Partnern ist. Ich glaube, diese Frage ist

geklärt. Es ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Die Frage ist jetzt: Wie kann das umgesetzt werden? Wir haben vorhin gesehen, daß die Realität sehr traurig aussieht. Es sind viele im Raum, deren Existenz bedroht ist. Die Existenz einerseits im Rahmen des Modellprogramms. Aber auch viele gerade in den neuen Bundesländern, die über ABM und § 249 h AFG finanziert werden. Es hat sich gezeigt, daß es ernstzunehmende Bemühungen und Zusagen von Kommunen und von Ländern gibt, daß sie es aber alleine nicht schaffen, und daß die Krankenkassen mit ins Boot müssen. Unser Eindruck ist, daß die Krankenkassen sich sperren. Darüber muß man reden. Es gab schon genügend Versuche, darüber zu reden. Leider ist dabei nichts heraus-gekommen. Ich denke, von daher sind sie gefordert, uns dazu ihre politischen Äußerungen zu geben.

Hesse: Ich denke es ist in Ihrer aller Interesse, daß wir jetzt überleiten und uns mit der dritten Frage beschäftigen. Was muß geschehen, um Rahmenbedingungen zu schaffen, die günstig sind für die Entfaltung von Selbsthilfe?

Picard: Herr Prof. von Ferber hat mich offenkundig falsch verstanden. Die Frage war: Soll der Staat mehr tun, um die Selbsthilfe zu aktivieren? Darauf habe ich geantwortet: An dem Beispiel des § 20 SGB V kann man deutlich machen, daß es nicht unbedingt einer gesetzlichen Regelung bedarf, um eine Sache voranzubringen. Mit dem § 20 SGB V hat der Gesetzgeber nur etwas nachvollzogen, was es vorher schon gegeben hat und in manchen Bereichen sehr gut gelaufen ist. Ich habe Bezug genommen auf die positive Entwicklung der Rheuma-Liga, insbesondere auch aufgrund der Förderung durch die Krankenkassen. Zu dem ersten Themenbereich bin ich nicht gehört worden. Ich brauchte daher auch kein Bekenntnis zur Selbsthilfe abzulegen. Das ist für uns eine Selbstverständlichkeit. Ich habe nur gesagt, manche Dinge funktionieren eben besser ohne den Staat; vielfach reicht es, wenn er die Rahmenbedingungen schafft. Ich habe nicht den § 1 SGB I in Frage gestellt. Wenn das nicht richtig angekommen ist, möchte ich das hier an dieser Stelle noch einmal klar und deutlich unterstreichen.

Moos-Hofius: Ich fange meinen Beitrag damit an, daß ich auf dieses kleine Mißverständnis in dem Beitrag von Frau Fischer eingehe. Es geht ja darum, daß ein Instrument - der staatlichen Optimierung der Bedingungen zur Selbsthilfe - die Selbsthilfeunterstützung ist. Also die infrastrukturelle Unterstützung, das Bereitstellen von Ressourcen, aber auch das Bereitstellen von Beratungskompetenzen. Was Frau Jakubowski vorhin gesagt hat, war: Es wäre sinnvoll, daß das, was an Unterstützung inzwischen vorhanden ist, auf Bundesebene so koordiniert wird, daß Qualitätssicherung stattfinden kann, die mit dazu dient, daß dieser Bereich sich in

seinen Handlungsansätzen optimieren kann. Es geht nicht um einen Interessenverband, der die Interessen von Selbsthilfeverbänden vertritt. Es ist mir wichtig, das an dieser Stelle noch einmal zu sagen. Es geht nicht darum, daß Professionelle die Vertretungskompetenz der Verbände oder der Gruppen übernehmen. Es geht darum, deren Artikulationsmöglichkeiten zu optimieren. Es ist mir wichtig, weil das ein Mißverständnis ist, das häufig auftaucht.

Wir reden über Kontaktstellenfinanzierung und über Selbsthilfefinanzierung und ob dies eine Aufgabe der Krankenkassen ist. Ich glaube, die Finanzierung von bestimmten Selbsthilfeaktivitäten - nicht Selbsthilfeunterstützungsaktivitäten - ist für die Krankenkassen relativ unproblematisch. Problematisch ist die Kontaktstellenfinanzierung. Ich habe den Eindruck, es liegt gar nicht daran, daß es mit den Kontaktstellen so kompliziert ist. Es geht dabei überhaupt nicht um Kontaktstellen, sondern darum, daß die Kassen verhindern wollen, daß sie als Ersatz für kommunale oder Landesleistungen in die Bresche springen sollen. Das ist eine Befürchtung, die viel mehr zu tun hat mit Erfahrungen in den Bereichen Zahngesundheitspflege, Frühförderung usw. Wir tun uns keinen Gefallen damit, wenn wir den Kassen dauernd erzählen, was Kontaktstellen machen. Das wissen sie längst. Es geht hierbei um ganz andere Fragen.

Niermann: Ich bin Vertreter des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Ich finde es müßig, daß wir immer noch über bestimmte Fragen reden. Die Bundesregierung lobt die Selbsthilfe bis in den Himmel. Frau Nolte hat gestern das Beispiel angesprochen, wenn man den Behindertenbericht der Bundesregierung sieht, wird Selbsthilfe ständig gelobt. Sie sei notwendig neben anderen Leistungsbereichen. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder fordert, daß Selbsthilfe unter anderem durch eine Änderung des § 20 Abs. 3a SGB V finanziert wird. Die Krankenkassen loben in ihren Geschäftsberichten ebenfalls die Selbsthilfe. Wenn ich aber in den Geschäftsberichten suche, wo ausgewiesen ist, wieviel für die Selbsthilfe ausgegeben wird, dann kann ich in den Geschäftsberichten nichts finden. Wir haben gute Kontakte zu den Krankenkassen, sowohl die BAGH als auch der PARITÄTISCHE haben sich für die Finanzierung der Selbsthilfeorganisationen eingesetzt. Hier sind den Mitarbeitern die Hände gebunden, wenn der § 20 SGB V nicht zur Pflichtleistung wird. Deshalb müssen wir der Frage nachgehen, wie wir erstens eine Pflichtleistung im § 20 Abs. 3a SGB V formulieren und wie wir zweitens im Bereich des Bundessozialhilfegesetzes auch die Daseinsfürsorge der Kommunen so gestalten, daß sie verpflichtend wird.

Frau Schaich-Walch hat ein Beispiel angesprochen, die Gesundheitskonferenzen. Hierüber muß weiter nachgedacht werden. Meine Frage an die Politikerinnen und Politiker ist: Was tun Sie ganz konkret, was tun Sie in ihren Fraktionen, was tun sie in ihren Parteien? Haben Sie schon darüber nachgedacht, eine Arbeitsgruppe zu gründen, damit diese Gesetzesänderungen endlich auf den Weg gebracht werden?

Müller-Grohotolsky: Ich komme aus Österreich und bin Vorsitzende eines Selbsthilfegruppen-Dachverbandes. Meine Frage möchte ich zuerst an den Vertreter der Krankenkasse richten. Es geht bei uns in Österreich nicht mehr um die Frage, ob sie einzelne Selbsthilfegruppen unterstützen wollen, können oder nicht, sondern es geht um die Frage der Verbindlichkeit, und es geht um die Frage der Haltung. Für mich ist eine soziale Krankenversicherung ein Dienstleistungsunternehmen, das auch von den Beiträgen der Versicherten lebt. Diese Versicherten und Betroffenen haben ein Recht, daß sie eingebunden werden. Mir scheint, daß es hier immer noch um die Frage geht - wenn es auch geregelt ist -, ob sie das überhaupt wollen. Ich denke, daß es darum geht, wie die Mitwirkung gesichert wird. Wie wird die Förderung gesichert? Das ist für mich der Punkt, der bei der staatlichen Sicherstellung notwendig ist. Ich habe den Eindruck, daß es ein „Goodwill“ ist, daß es erst sehr viel "kann" ist, daß es aber keine Verbindlichkeiten und keine Vereinbarungen gibt. Mich wundert, daß Sie als Vertreterin des DGB noch aus dem Programm zitieren. Ich frage: Was tun Sie ganz konkret? Wo liegt die Verbindlichkeit? Denn was hier gesagt wird, ist auch für die Selbsthilfe in Österreich wichtig. Manche sagen, sie kann öffentliche Versorgung ersetzen. Ich würde davor warnen, daß es ein Zurückdrängen von öffentlicher Leistung zugunsten von Selbsthilfe als neuer öffentlicher Leistung gibt. Aber gesetzliche Mitwirkungen und auch Gesundheitskonferenzen sind nur Möglichkeiten, dies zu koordinieren. Das heißt noch nicht, daß es um die Einflußnahme auf Gesetze in sozial- und gesundheitspolitischen Belangen geht.

Hesse: Jetzt möchte ich überleiten zur Diskussion im Podium, und die Politiker, die oft angesprochen worden sind, zu Wort kommen lassen. Wenn ich unsere Veranstaltung richtig verfolgt habe, sind wir alle der Meinung, daß eine notwendige Bedingung für eine effektive Selbsthilfeförderung die Existenz von Selbsthilfekontaktstellen ist. Eine notwendige Bedingung, nicht die einzige. Jetzt geht es darum, wie wir sicherstellen können, daß die inzwischen 200 bis 250 Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland in ihrer Arbeit gestärkt werden und effektiv arbeiten können. Die Frage lautet: Müssen wir da zu einer Gemeinschaftsaufgabe, zu einer Gemeinschaftsfinanzierung kommen, oder kann ein Bereich das alleine machen?

Fischer: Noch mal zu dem Mißverständnis bei der Forderung nach staatlicher Unterstützung für Lobbyarbeit. Vielleicht könnte man nachher noch einmal die Folie konsultieren zu meiner persönlichen Ehrenrettung. Ich hatte mir aufgeschrieben, der Bund soll die politische Interessenvertretung für Selbsthilfekontaktstellen finanziell sicherstellen. Das war meines Erachtens die dritte Forderung, die vorhin von Frau Jakubowski aus der Arbeitsgruppe 5 vorgestellt wurde. Ich habe aber verstanden, daß ich das nicht so wichtig nehmen soll wie die Forderung nach der infrastrukturellen Förderung. Die Gemeinschaftsaufgabe ist unstrittig. Strittig ist offenkundig, wer sich an dieser Gemeinschaft wie beteiligt. Da erweist sich, daß sich der eigentliche Vorzug des bundesdeutschen politischen Systems schnell auch zum Bumerang entwickeln kann, wenn alle Seiten sagen: Nein, wir nicht, die aber! Mit diesem Problem haben wir es hier ganz offenkundig zu tun.

Herr Picard, zu dieser Frage mit den Krankenkassen. Sie verweisen, und gerade als Vertreter der AOK können Sie das ja mit besonderer Berechtigung tun, darauf, daß Sie einiges machen, und sagen: Aber wir machen schon soviel, warum wollt ihr jetzt noch Zwang ausüben? Offenkundig müssen Sie befürchten, daß Sie, wenn Zwang ausgeübt wird, mehr tun müssen, sonst hätten Sie ja keinen Grund, dagegen zu sein. Das ist natürlich auch der Sinn der ganzen Übung, das ist schon klar. Das zweite Problem ist, wir haben es doch hier nicht mit Gleichen zu tun, die auf der gleichen Ebene mit gleicher Marktmacht und politischer Durchsetzungsfähigkeit konkurrieren. Das heißt, es geht bei diesem Streit um die Formulierung als Muß-Bestimmung auch darum, die Position von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen zu stärken. Es ist eine klassische ordnungspolitische Maßnahme. Dazu müssen Sie sich schon verhalten, wenn Sie einerseits sagen, Sie sind ein Freund der Selbsthilfebewegung, gleichzeitig aber sich dem verweigern, was eine Gleichstellung der Kontrahenten bedeuten könnte. Das heißt, daß Sie sagen, wir möchten letztlich an unserer Macht nicht rütteln lassen. Das scheinen mir die politischen Probleme zu sein, die dahinterstecken.

Ich halte es gleichwohl für richtig, daß man an diesen Punkt herangeht. Ich glaube, in der Konkretisierung wäre einiges zu debattieren. Ich halte es für wenig glücklich und auch für nicht unproblematisch in der bundesdeutschen Struktur, wenn so etwas auf einer bundesweiten Ebene verteilt würde. Man muß darüber reden, welche Art von Pools gebildet werden, wer sie verwaltet. Das ist, wenn man das praktisch umsetzen will, hochkompliziert. Aber, zu dieser Art von Debatte kommt man ja gar nicht, wenn man erst mal darüber reden muß, ob man das überhaupt machen will.

Ich will jetzt nur auf eines der vielen Probleme verweisen. Die Gemeinschaftsaufgabe ist schwer zu ergänzen. Ein großer Teil der jetzigen Finanzierung läuft über die Kommunen. Das ist aber eine freiwillige Leistung der Kommunen. So, wie sich die Finanzlage der Kommunen entwickelt, wird es zunehmend dazu führen, daß sie sagen, wir würden gerne, aber wir können nicht. Das ist keine Boshaftigkeit von deren Seite. Wenn die Kommunen dem Bankrott ins Auge sehen, dann erfüllen sie nur noch ihre Pflichtaufgaben. Ich glaube, daß es auch deswegen nicht besonders weiterhilft, wenn man sagt, gut, dann machen wir die Selbsthilfeförderung zu einer Pflichtaufgabe, dann können die Kommunen auch im Angesicht des Bankrotts nicht raus. Das ändert an der dramatischen Lage nichts. Wenn das Gewicht der Finanzierung so stark bei den Kommunen liegt, ist das eine problematische Schieflage. Über dieser Auseinandersetzung um das SGB V sollte man das nicht vergessen. Als letztes noch mein Friedensangebot an Herrn Picard. Ich bin tatsächlich mit ihm einer Meinung, daß von den anderen Sozialversicherungsträgern, die ebenfalls von der Arbeit der Selbsthilfegruppen profitieren, den Rentenversicherungs- und Unfallversicherungsträgern, ebenfalls eine Beteiligung eingefordert werden sollte. Aber das sollte die Beteiligten nicht dazu verleiten zu sagen: Warten wir, bis das alles geklärt ist.

Bläss: Aus der Betonung, daß es sich um eine Gemeinschaftsaufgabe handelt, die Zukunft der Selbsthilfe zu sichern, ergeben sich für mich vier Schlußfolgerungen. Denn es ist notwendig, die institutionellen Rahmenbedingungen für die Selbsthilfe insgesamt zu verbessern.

Erstens: So erfolgreich die eine oder andere Modellfinanzierung war bzw. ist, sie ersetzt nicht die notwendige dauerhafte Finanzierung. Auch der sogenannte zweite Arbeitsmarkt gewährleistet keine Kontinuität. Deshalb setzt sich die PDS für die Verankerung eines öffentlich geförderten Beschäftigungssektors im „ersten“ Arbeitsmarkt ein. Und die institutionelle Absicherung von Selbsthilfegruppen sehe ich genau hier angesiedelt. Der Gesetzgeber muß hier handeln - zuallererst beim § 20 SBG V.

Zweitens: Zur sich gerade in der parlamentarischen Beratung befindenden BSHG-Novelle: Die Bundesregierung macht darin den verheerenden Vorschlag, den § 10 BSHG auf private Träger auszuweiten und damit den Vorrang der freien Wohlfahrtspflege zu stoppen. Warum wird dagegen nicht mal über eine Öffnungsklausel im § 10 in Richtung Selbsthilfeförderung nachgedacht - das wäre ein Schritt in die richtige Richtung.

Drittens: Es gilt, in den Haushalten von Bund, Ländern und Kommunen Posten zu verankeren, die gewährleisten, daß die regelmäßig anfallenden Kosten für Selbsthilfegruppen - etwa die Abdeckung von Mietkosten - übernommen werden. Die Politik der Bundesregierung, die die Kosten auf die Kommunen abwälzt, steht diesem Ansatz entgegen - da kann ich Frau Fischers Aussagen nur unterstützen.

Viertens: Ich denke, wir müssen uns als PolitikerInnen darüber Gedanken machen, wie wir zu einer finanziellen Besserstellung der Aktivistinnen und Aktivisten in den Selbsthilfegruppen kommen. Das hat viel damit zu tun, Arbeit, die geleistet wird, anzuerkennen. Ich mache es konkret. Warum ist es für Schwerbehinderte nicht möglich, ihre Fahrtkosten von der Steuer abzusetzen? Ich würde gerne darüber diskutieren, welche Möglichkeiten es gibt, Anwartschaften anzuerkennen für Menschen, die ehrenamtlich in Selbsthilfegruppen arbeiten. Ich denke, das gehört in der Konsequenz dazu, wenn man sagt, welche hervorragende und unersetzbare Arbeit in den Selbsthilfegruppen und -initiativen geleistet wird.

Hesse: Herr Motsch, Sie haben sich in besonderer Weise in der Partnerschaft zwischen Würzburg und Suhl verdient gemacht und kennen auch die Entwicklung der Selbsthilfe hier in Suhl. Sehen Sie das ähnlich, daß die Selbsthilfeförderung, die sowohl in Würzburg als auch in Suhl intensiv betrieben wird, möglicherweise durch die prekäre Finanzlage vieler Kommunen gefährdet sein könnte? Könnten Sie sich vorstellen, daß Land, Gemeinde und Krankenkassen - und auch andere, aber zunächst einmal diese drei genannten - in Form einer Gemeinschaftsaufgabe Selbsthilfeförderung sicherstellen könnten?

Motsch: Erlauben Sie mir, noch einmal etwas zur gesetzlichen Grundlage des § 20 zu sagen. Ich sehe das Problem ein wenig daneben. Selbst wenn wir den § 20 zu einer Pflichtleistung machen, schaffen wir eines nicht aus der Welt: Die Wettbewerbssituation der Krankenkassen. Im Augenblick erlebe ich vor Ort, daß die Förderung von Selbsthilfegruppen, von Kontaktstellen gar nicht zu reden, vor allem unter diesen Wettbewerbsgesichtpunkten gesehen wird. Die fragen nicht danach, ob das Wert an sich hat, sondern die fragen danach, wie können sie im Wettbewerb ab Januar mit der Selbsthilfe besser bestehen. Das haben wir noch nicht diskutiert. Das ist ein neuer Aspekt. Auch eine Pflichtleistung würde an dieser Diskussion zunächst nichts ändern. Wir haben uns vorher überlegt, wie wir taktieren wollen, wir haben unsere eigene Strategie entwickelt um zur Förderung zu kommen. Eines ist sicher, es ist viel mehr gefördert worden als vorher. Der § 20 hat eine segensreiche Wirkung entfaltet.

Aber die Wettbewerbsfrage ist nach wie vor ein schwieriger Sachverhalt, den wir im Augenblick nicht lösen können. Wir versuchen, das kommunal ein Stück weit zu koordinieren. Daß eine kommunale, verantwortliche Stelle versucht, Krankenkassen in der Selbsthilfeförderung zu koordinieren. Darauf läuft es letzten Endes hinaus.

Ich muß noch einmal den zweiten Punkt einbringen zu den gesetzlichen Grundlagen der kommunalen und staatlichen Förderung. Wir haben in den beiden entscheidenden kommunalen Gesetzen - Jugendhilfe und Sozialhilfe - viele Beratungsverpflichtungen. In der Jugendhilfe z.B. kommt das Wort Beratungsverpflichtung zwischen 59mal und 61mal im Gesetz vor. In der Sozialhilfe ist es dünn. Da haben wir im wesentlichen nur den § 8, der die persönlichen Hilfen als Beratungsverpflichtung beinhaltet. Entscheidend ist aber, daß alles Verpflichtungen sind, die auf die Einzelperson zugehen. Wir haben nirgendwo eine Beratungsverpflichtung in bezug auf Personengruppen. Da liegt das Problem. Es wäre eine ganz einfache Gesetzesänderung, was ja sinnvoll ist, denn jede Einzelberatung kann sozusagen potenziert und effektiviert werden durch Gruppenberatung. Wir müßten den „geistigen Gedankenschluß“ finden, auch im Gesetz, zur persönlichen Beratung im Einzelfall ergänzend die Beratung in der Gruppe und über die Gruppe hinzuzunehmen. Das geht über den § 10, da haben sie vollkommen recht, das wäre eine Möglichkeit. Im § 93 Abs 2 ist die Tür aufgemacht worden, auch für Nicht-Wohlfahrtsverbände, da haben wir sogar die privat-gewerblichen in dem Bereich mit drin. Die Möglichkeiten existieren unabhängig von der finanziellen Seite. Ich denke, auch kommunal Verantwortliche sind nicht dumm. Bei uns ist es eine Frage der Einschätzung der Bedeutung von Selbsthilfe. Wenn Selbsthilfe wirklich hoch eingeschätzt wird, findet man kommunal einen Weg, sie zu fördern. Das gleiche gilt für das Land. Wir können Gesetzesänderungen verbessern, aber entscheidend ist die persönliche Überzeugungsarbeit vor Ort. Das wollte ich gesagt haben.

Hesse: Ich bitte darum, bevor ich das Wort den Vertretern der CDU und der SPD erteile, zunächst Frau Dr. Scriba zu hören. Denn in Mecklenburg-Vorpommern hat sich in den letzten Monaten einiges getan, und zwar in die Richtung, Selbsthilfeförderung zur Gemeinschaftsaufgabe zu machen. Land, Gemeinden und Krankenkassen sind in den Beratungen, und man überlegt, Strukturen zu finden.

Scriba: Ich muß das ein bißchen korrigieren. Es hat sich viel getan, aber leider haben wir in den letzten Monaten viel Stillstand erlebt. Unser Konzept ist folgendes: Wir sehen klar die Verantwortung des Landes in der infrastrukturellen Förderung von Selbsthilfe, d.h. in der Kontaktstellenförderung. Deswegen haben wir als Land

Gespräche mit potentiellen Zuwendungsgebern initiiert, um zu Regelungen der Gemeinschaftsfinanzierung zu kommen. Die Schwierigkeit ergibt sich mit den Krankenkassenvertretern aus den genannten Gründen.

Auf eine andere Schwierigkeit will ich hinweisen. Es ist etwas, was ich persönlich unterschätzt habe. Wieviel Überzeugungsarbeit man leisten muß, wieviel Zeit es kostet, um die Kommunen dazu zu bewegen, sich an einer Gemeinschaftsfinanzierung zu beteiligen. Das betrifft weniger die Kommunen, die Standorte von Selbsthilfekontaktstellen sind. Wir wollen ein flächendeckendes Netz von Kontaktstellen, sagen aber auch gleichzeitig, das können aufgrund der prekären Finanzsituation der öffentlichen Hand nur wenige Kontaktstellen im Land sein. Wir brauchen übergreifendes Denken, über Kreisgrenzen hinaus. Jetzt beginnt die Schwierigkeit: Es soll z.B. ein Landkreis, der keine Kontaktstelle hat, davon überzeugt werden, Geld in einen Gemeinschaftstopf zu geben, um diese Struktur vorzuhalten. Das ist ein schwieriger Weg. Ich bin aber zuversichtlich, daß wir es schaffen. Ich finde, das wäre dann ein gutes Modell.

Wir müssen aufpassen, daß diese Diskussion über mehr Verpflichtungen für Kassen, für Länder, für Kommunen nicht zu theoretisch wird. Wir haben wirklich drängende Probleme. Die Kontaktstellen brauchen jetzt eine Lösung. Mein Appell an die Krankenkassenvertreter: Beweisen Sie, daß es geht, daß man keine gesetzliche Änderung braucht. Die Möglichkeit ist da, über eine Rahmenvereinbarung oder einen dreiseitigen Vertrag eine Kontaktstellen-Gemeinschaftsfinanzierung zu regeln.

Picard: Ich kann durchaus verstehen, daß Frau Fischer Beifall bekommt, wenn sie sagt, dann ändern wir das Gesetzbuch.. Aber hat der Gesetzgeber seine Hausaufgaben gemacht? Es bleibt dabei der Praxis überlassen, damit fertigzuwerden. Ob es in § 20 Abs. 3a SGB V „muß“ oder „kann“ heißt, ist für mich nur ein gradueller Unterschied. Es ändert nichts an der Tatsache, daß es Probleme gibt.

Wir reden immer über Gemeinschaftsaufgaben. Ich möchte die Gemeinschaftsaufgabe „Selbsthilfe“ einfordern, in die die Krankenkassen, die Länder und die Kommunen eingebunden sind. Die Beteiligung der anderen Sozialversicherungsträger würde im Moment die Sache nur schwieriger machen. Mir reichen die drei Institutionen, die wir heute schon im Auge haben. Aber ich möchte ein Junktim hergestellt haben zwischen den Aufgaben und Maßnahmen dieser Organisationen. Es darf sich keiner zurückziehen und das Feld und damit die Kosten den anderen überlassen. Da haben wir schlechte Erfahrungen gemacht in der Vergangenheit; die dürfen sich nicht

wiederholen. Deshalb ist es mit der Änderung des § 20 SGB V alleine nicht getan. Wenn es auch entsprechende Verpflichtungen der anderen Beteiligten gibt, einverstanden!

Wir legen im übrigen großen Wert darauf, daß die Leistungen, die wir erbringen, die ja letztlich Gelder unserer Beitragszahler sind, unseren Migliedern, unseren Versicherten, zugute kommen, daß das Geld da landet, wo es aufgebracht wird, und daß es im konkreten Falle dorthin geht. Ich möchte auch nicht, daß durch die Administration verschiedenster Art soviel Geld verbraucht wird, daß beim Betroffenen, d.h. in den Selbsthilfegruppen, kaum noch etwas ankommt. Das muß verhindert werden.

Und dann müssen die geforderten Maßnahmen Krankheitsbezug haben. Andere Maßnahmen, die auch im Rahmen der Selbsthilfe unterstützt werden, sind nicht Aufgabe der Krankenversicherung. Schließlich möchte ich, und jetzt kommt der Wettbewerb, Herr Dr. Motsch hat es ja schön dargestellt aus der Praxis, daß sichergestellt ist, daß die Gelder, die meine Kasse zur Verfügung stellt - und das gilt ebenso für jede andere Kassenart - auch unseren Versicherten zugute kommt. Darauf legen wir großen Wert. Wenn sich die eine oder andere Kasse verweigert, können und wollen wir in diese Lücke nicht hineinspringen.

Hesse: Ich denke, viele der Bedingungen, die Herr Picard genannt hat für eine Umformulierung des § 20, können auch von den in der Selbsthilfe Engagierten akzeptiert werden. Jetzt möchte ich bitten, daß Frau Schaich-Walch zu dieser Frage etwas sagt.

Schaich-Walch: Vorausgesetzt, daß es sich nicht um unser heutiges Paket der Mißverständnisse handelt. Herr Picard, Ihre Art zu sagen: Ich möchte, wenn ich fördere, daß es auch meinen Versicherten zugute kommt - das ist eine Haltung, die ich so nicht unterschreiben kann.

Eine Bedingung der Veränderungen der Ausformulierungen des § 20 muß für mich sein, daß sichergestellt wird, daß es eine Finanzierung der Selbsthilfe gibt, die gemeinsam von den Kassen geleistet wird, und daß es gemeinsame Förderrichtlinien gibt, die für Transparenz sorgen. Überspitzt formuliert kann es nicht sein, daß die Rheuma-Liga in Würzburg für die BKK und die in Frankfurt für die Techniker-Kasse turnt. Die Rheuma-Liga bekommt, weil sie ein großer Werbeträger ist, Gelder, und eine Gruppe, die vielleicht klein ist und nicht so schwergewichtig, bekommt gar nichts. Das ist ein Punkt, wo ich sage: Das kann so nicht sein. Das müssen wir im § 20 ändern.

Ich komme zu einem anderen Punkt und werde sicher nicht soviel Beifall bekommen: Die aktuelle Diskussion der Gesundheitsstrukturreform. Ich bin hier als Gesundheitspolitikerin vom Gesundheitsausschuß. Man muß fairerweise sagen, wir haben eine Diskussion, die im Endergebnis auf eine weitere Beitragsstabilität hinausläuft, verbunden mit einem irgendwie gearteten Budget. Wenn ich nun die bisherige freiwillige Leistung der Kassen über eine Änderung des § 20 zur Pflichtleistung gestalte, muß ich für diesen Bereich zumindest ein Budget vorsehen. Das notwendige Ausmaß dieser Leistung kann ich im Augenblick jedoch nicht abschätzen. Wir, meine Fraktion, haben jetzt zeitgleich eine Klausurtagung über diese Frage. Jedenfalls im Moment können wir nicht abschätzen, wenn man es zu einer Pflichtleistung macht, welchen Umfang sie hätte, welche Auswirkungen sie im letztendlichen Ergebnis hätte und wie hoch der Anteil der Pflichtleistung am Gesamtbudget sein müßte.

Ein weiterer Punkt ist ein Problem, sage ich, der Bundestagsfraktion. Die Länder- und Gesundheitsminister haben zwar die Änderung von § 20 beschlossen, weil sie damit ihre Haushalte entlasten. Ich sage als Mitverantwortliche für Beitragssätze, für Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung: Es muß auch sichergestellt sein, daß der Anteil der öffentlichen Hand und der Anteil der Länder tatsächlich eingebracht wird. Wir können nicht Dinge schaffen, die ein, zwei Jahre existieren, und dann, wenn einmal ein Teil der Finanzierung nicht mehr vorhanden ist, weil es eine freiwillige Leistung ist, schließen wir die Einrichtungen wieder. Der Schaden ist dann unter Umständen größer als der Mangel vorher. Deshalb muß auch für die Beteiligten ihr Anteil festgeschrieben sein, so daß es eine verläßliche Partnerschaft ist. Daher haben wir in unseren Vorstellungen zur Gesundheitsreform gesagt, wir möchten verpflichtend machen, daß die Kassen sich mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten - das wäre sozusagen die regionale Ebene - ins Benehmen setzen, in welcher Höhe und mit welchen Anteilen die Förderung verbindlich festgeschreiben wird.

Fink: Die Größenordnung, über die wir hier miteinander reden, muß man sich einmal vor Augen führen. Wenn alle Selbsthilfekontaktstellen für Deutschland, 260 insgesamt, mit der optimalen Ausgestaltung verwirklicht werden, wäre das ein Kostenvolumen von jährlich rund 60 Mio. Mark. Davon ist ein großer Teil schon heute über Länder und Gemeinden finanziert, so daß das kein Zusatzaufwand wäre von 60 Mio. Mark, sondern von 30 bis 40 Mio. Mark. Allein die gesetzlichen Krankenkassen geben pro Jahr fast 200 Milliarden Mark aus. Damit man sich einen Begriff von der Größenordnung macht, über die wir hier miteinander reden. Das Thema muß lösbar sein.

Die Kostenträgerschaft: Ich finde, man darf an einem nicht rütteln. Länder und Kommunen haben die Verpflichtung der Daseinsfürsorge. Dieser muß auch im Bereich der Selbsthilfebewegung Rechnung getragen werden. Das geht auch in knappen Haushalten, und auch die Länder und Gemeinden geben Hunderte von Milliarden Mark pro Jahr aus. Auch bei Finanzknappheit sind das also keine Größenordnungen, die den Länder- oder einen Gemeindehaushalt stark erschüttern könnten. Da muß eine Straße weniger gebaut oder ein Rathaus weniger stark angestrichen werden, dann hat man eine Menge Geld dafür übrig. Ich finde, diese Daseinsfürsorgeaufgabe darf man den Ländern und Gemeinden weder direkt noch indirekt nehmen, sondern man muß sagen: Das ist eure Verpflichtung und Aufgabe. Das gilt im Krankenhauswesen und in anderen Bereichen genauso. Da sollte man sich nicht über die Felder jagen lassen. Das sind die Hauptansprechpartner, die Hauptverantworlichen, und deshalb muß bei ihnen auch die Hauptansprache sein.

Was nun die Krankenkassen angeht, so findet gerade heute ein weiteres Koalitionsgespräch zwischen CDU/CSU und FDP statt, wo wir uns über die Einzelheiten der neuen Gesundheitsreform verständigen. Das wird eine tiefgreifende Gesundheitsreform, wo die Fragestellungen, die sie hier ansprechen, mitten hineinpassen. Es soll eine völlige Neuaufteilung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung stattfinden, der Vertragsleistungen, der Satzungsleistungen - wobei bei den Satzungsleistungen u.U. satzungsgemäße Pflichtaufgaben und satzungsgemäße Kann-Aufgaben unterschieden werden. Lösen Sie sich von allem, was sie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bisher kennen. Es wird alles neu gemacht. Insofern ist das, was diskutiert wird, von größter Bedeutung, damit wir in die richtige Kategorie hineinkommen. Aber Sie müssen sich von den bisherigen Krankenversicherungen lösen, wir werden etwas völlig Neues haben. Es darf die Krankenkasse nicht lediglich zu einer Krankheitsheilungsanstalt werden, sondern die Prophylaxeaufgabe, daß Gesundheitspolitik betrieben wird, das muß ein ganz wichtiger Punkt bei der Reform sein.

Hesse: Vielen Dank. Das war bereits ein gutes Schlußwort. Ich darf mich bei allen Teilnehmern der Tagung recht herzlich bedanken, und ich kann Ihnen versichern - Frau Ministerin Nolte hat das gestern bereits betont -, daß das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sich der Selbsthilfethematik weiter widmen wird. Ich hoffe, daß wir zunehmend viele Mitstreiter in der Selbsthilfeförderungspolitik finden werden.

19. Info-Markt: Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen stellen sich vor

Moderation und Führung: Christian Wend, Berlin

Neben den Vorträgen und Diskussionen im Plenum hatten die Teilnehmer am Abend auf dem Info-Markt die Möglichkeit, sich über die Arbeit von Kontaktstellen und Selbsthilfegruppen zu informieren. Die Gruppen und Initiativen kamen aus Suhl und Würzburg, ebenso sind die Selbsthilfekontaktstellen aus beiden Städten vertreten.
Christian Wend übernahm die Moderation und stellte die einzelne Selbsthilfegruppen und Initiativen in einem Frage und Antwortspiel vor. Begleitet wurde die Moderation durch eine dreiköpfige Musikgruppe, die zwischen den einzelnen Interviews thüringischeVolksmusik spielte.

BESEG Suhl

Die Beratungsstelle zur Selbsthilfe und Gesundheitsförderung (BESEG) war an der Organisation des Info-Marktes zur Fachtagung „Selbsthilfe 2000“ beteiligt. Die BESEG ist eine von insgesamt 17 Selbsthilfekontaktstellen, die das Bundesministerium im Rahmen des Modellsprogramms „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ fördert. Gegründet wurde die BESEG 1992. In der BESEG arbeiteten 1995 drei Fachkräfte. In der 56.000 Einwohner zählenden Stadt gibt es 66 Selbsthilfegruppen und Initiativen. In den Räumen der BESEG stehen ihnen vier Gruppenräume zur Verfügung. Diese werden von den Gruppen gerne in Anspruch genommen. Die BESEG ist eine erfolgreiche Kontaktstelle im Modellprogramm, was u.a. auf das Engagement der Mitarbeiterinnen und auch auf die gute Zusammenarbeit mit der Partnerkontaktstelle „Selbsthilfe-Büro“ in Würzburg zurückzuführen ist.
Die BESEG informiert, berät und vermittelt Einzelpersonen, die an Selbsthilfegruppen interessiert sind. Sie bringt Interessenten zusammen, die eine neue Gruppe gründen wollen und begleitet sie in der Gründungsphase. Gruppen und Initiativen werden beraten und unterstützt bei der Raumsuche, in finanzierungs- und verwaltungstechnischen Fragen sowie bei der Öffentlichkeitsarbeit. Gezielte Medien- und Pressearbeit sowie die Herausgabe der Suhler Selbsthilfezeitung im halbjährlichen Turnus verbessern zusätzlich das Selbsthilfeklima in Suhl und Umgebung. Die BESEG ist bestrebt, Gruppen und Initiativen mit Fachleuten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich ins Gespräch zu bringen. Nicht nur die Kooperation zwischen Gruppen und Fachleuten wird durch die Arbeit der BESEG intensiviert, sondern auch der Austausch zwischen Gruppen untereinander. Dadurch wird die Selbsthilfe vernetzt und gewinnt an Kraft. Mitglieder aus Gruppen haben nicht nur Erfahrungswissen, sie haben auch das Bedürfnis, Dinge neu hinzuzulernen. Diesem Bedürfnis wird die BESEG

durch die Organisation von Weiterbildungsmöglichkeiten oder durch die Vermittlung von Informationen über Weiterbildungsmöglichkeiten gerecht.

Selbsthilfe-Büro Würzburg

Zu Beginn des Jahres 1995 sah die Zukunft des Selbsthilfebüros in Würzburg alles andere als rosig aus. Zwei halbe Stellen aus dem EnviroNet-Modell liefen Mitte des Jahres aus. Der Fortbestand des Büros in seiner professionellen Konzeption erschien gefährdet. „Wir sahen unsere Arbeit schon als telefonisches Auskunftsbüro, das nur noch passiv auf Anrufe reagieren kann, aber die Gruppen nicht aktiv in ihrer Arbeit unterstützen konnte." (SelbsthilfeZeitung Nr.19).

Diese Entwicklung konnte jedoch verhindert werden. Die Übernahme in die Regelfinanzierung durch die Stadt Würzburg wird durch das Engagement von Mitgliedern in Selbsthilfegruppen vorangetrieben. Engagierte Personen schlossen sich zum „Initiativkreis Selbsthilfe" zusammen. Sie führten Gespräche mit allen Parteien, sie schrieben Briefe an alle Entscheidungsträger, sie machten Druck beim Oberbürgermeister und beim Sozialreferent, und sie hatten Erfolg damit. Trotz schwieriger Haushaltslage wurde das Selbsthilfe-Büro mit eineinhalb Fachkräften und einer halben Verwaltungskraft durch die Stadt weiter gefördert.

Sicherlich hat zu dieser Entscheidung der Kommune auch beigetragen, daß das Selbsthilfe-Büro 1995 bereits sein 10-jähriges Bestehen feierte. Auf der Jubiläumsveranstaltung sprachen sich Vertreter aller Parteien für die Weiterführung des Selbsthilfe-Büros aus. Begonnen hat alles 1985 mit einer Vollzeitstelle, die durch eine AB-Maßnahme finanziert wird. 1987 wurde das Selbsthilfe-Büro eine von 20 geförderten Selbsthilfekontaktstellen, die im Rahmen des Modellprogramms „Informations- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen" vom damaligen Bundesministerium für Familie und Senioren eine Vollzeitstelle finanziert bekam.

Die Entwicklung der Selbsthilfe in Würzburg seit Ende der 80-ziger Jahre zeigte sich in der Anzahl der vom Selbsthilfe-Büro beratenen und unterstützten Gruppen. Fanden 1989 226 Gruppen und Initiativen den Weg ins Selbsthilfe-Büro, waren es 6 Jahre später bereits 270 Gruppen. Die Zahl der Kontakte im Monat stieg von 1989 bis 1994 von 430 auf 700.

Seit Beginn des Modellprogramms „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern" waren die Kontaktstellen in Würzburg und Suhl Partnerkontaktstellen. Die Partnerschaft zwischen diesen beiden Kontaktstellen kann als voller Erfolg gewertet werden, was sich beispielsweise an engen Arbeitskontakten zwischen den Mitarbeiterinnen der Kontaktstelle, zeigt. Die Zusammenarbeit war so fruchtbar, daß sich auch Gruppen mit gleichem Themenschwerpunkt in Suhl und in Würzburg fanden und eine Zusammenarbeit vereinbarten.

Selbsthilfegruppen und Initiativen

Auf dem Info-Markt waren insgesamt 18 Gruppen und Initiativen aus Suhl und Würzburg vertreten. Die folgende Übersicht soll dem interessierten Leser einen kurzen Einblick in Größe, Struktur und Arbeit der Gruppen geben.

Initiativen und Gruppen aus Würzburg

1. Rosa Hilfe: Die Rosa Hilfe ist ein loser Zusammenschluß von Beratungsstellen für Schwule in Deutschland. Die Mitarbeiter geben Hilfe in der schwierigen Zeit des „Coming Outs“, bei Beziehungschwierigkeiten, beantworten Fragen zur Sexualität, informieren Lehrer, Eltern, Freunde über Homosexualität und geben Informationen über die „schwule“ Infrastruktur weiter. Zur Zeit arbeiten ca. 80 Mitglieder in der Rosa Hilfe. Das Verhältnis zum Selbsthilfebüro ist ausgezeichnet.
2. Kreuzbund Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und ihre Angehörigen: Die Hauptaufgaben des Kreuzbundes sind der Aufbau neuer Selbsthilfegruppen, die Zusammenarbeit mit Facheinrichtungen, die Durchführung von Fortbildungsseminaren, die Betreuung von Angehörigen Suchtkranker und die Pflege der alkoholfreien Geselligkeit. Mitglieder des Kreuzbundes zählen zum „Initiativkreis Selbsthilfe“, der sich für die Fortführung des Selbsthilfe-Büros einsetzt.
3. Aphasikerselbsthilfegruppe
4. Angehörigengruppe für Alzheimererkrankte
5. Deutsche Rheuma Liga
6. Selbsthilfegruppe nach Krebs
7. Osteoporose-Selbsthilfegruppe: Seit 7 Jahren existiert diese Gruppe in Würzburg. Insgesamt sind 280 Menschen Mitglied in dieser Gruppe, die sich in 34 Therapiegruppen unterteilt. Für die tägliche Arbeit dieser Gruppen wird die Kontaktstelle gebraucht und benötigt. Die Interessenvertretung läuft über die Landesverbände und den Bundesverband.
8. Selbsthilfegruppe für Astmatiker
9. Deutscher Psoriasisbund

Initiativen und Gruppen aus Suhl

1. Selbsthilfegruppe ILCO
2. Selbsthilfegruppe Frauen nach Krebs: Die Gruppe trifft sich alle zwei Wochen in den Räumen der BESEG.
3. Selbsthilfegruppen Seidenmalerei/Ton.

4. Selbsthilfegruppe Diabetiker: Seit 1990 existiert die Gruppe in Suhl. Sie hat zur Zeit 18 Mitglieder. Der Aufbau als Aufklärungs- und Informationsstützpunkt wird von der BESEG unterstützt. Die Gruppe nutzt das Raumangebot der BESEG für ihre monatlichen Treffen.
4. Selbsthilfegruppe Osteoporose: Die Selbsthilfegruppe besteht seit 4 Jahren und hat zur Zeit 26 Mitglieder. Unterstützung fand die Gruppe in der Gründungsphase durch die BESEG und durch die Gruppen aus Würzburg.
5. Selbsthilfegruppe Parkinson: In den Räumen der BESEG treffen sich eigentlich zwei Gruppen, die der Betroffenen und die der Angehörigen. Das wichtigste Motiv für die Gründung der Angehörigengruppe besteht in dem Wunsch zu erfahren, wie es den anderen in der gleichen Situation ergeht. Mit Hilfe der BESEG wurde die Gruppe im Oktober 1993 gegründet. Ihre Mitgliederzahl wuchs schnell von 6 auf 17. Die Selbsthilfegruppe Parkinson wird weiter durch die BESEG unterstützt und beraten. Frau Horn (Sprecherin der Angehörigengruppe) beurteilt diese Leistungen mit folgenden Worten: „Unsere fachlichen Kontakte und Anschaffungen von Literatur, Videos, Kassetten und Hilfsmitteln wären in diesem Umfang und in dieser Qualität für den einzelnen Betroffenen und Angehörigen ohne die Unterstützung der BESEG niemals möglich gewesen."
6. Kreuzbund: In Suhl gibt es drei Gruppen mit 40 Mitgliedern. Die Kooperation mit dem Gesundheitsamt und der BESEG ist sehr gut und auch mit den Krankenkassen ist sie gut.
7. Deutsche Rheuma Liga: Im 25. Jahr ihres Bestehens ist auch die Deutsche Rheuma Liga mit einem Stand vertreten. Rheuma braucht Begegnung. Das bedeutet, miteinander reden zu können, aufgehoben zu sein in einer Gruppe von Menschen, die die gleichen Probleme haben, zu denen man sich hingezogen fühlt. Herr Lux ist einer von ihnen. Als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Suhl arbeitet er eng mit der BESEG zusammen. Er setzt sich für der Erhalt der Kontaktstelle ein.
8. Selbsthilfegruppe Autistisches Kind: Frau Pfestorf sieht als wichtigste Aufgabe die Öffentlichkeitsarbeit, damit die Fachleute das Krankheitsbild kennenlernen. „Das ist immer noch Niemandsland." Mit Bedauern sagt sie von sich, sie sei eine Einzelkämpferin.
9. Guttempler-Orden: Es gibt zwei Gruppen in Suhl, eine davon ist der Frauengesprächskreis. In diesem Gesprächskreis treffen sich 5 Frauen, die entweder selbst suchtkrank sind/waren oder Angehörige von Suchtkranken sind. Es besteht eine Patenschaft mit einer Gruppe aus Nürnberg. Dort erfahren die Mitglieder auch, wie eine Gruppe gegründet und am Leben erhalten wird. Wie eine Frau aus der Gruppe sagt: „Sie haben uns das Laufen gelehrt."

Die Tagungsteilnehmer begrüßten den Info-Markt. Es wurde deutlich, was Selbsthilfegruppen machen und wo ihnen der Schuh drückt. Die Kontaktstellen berichteten, wie Sie die Gruppen unterstützen. Es bestand dank der Moderation von Christian Wend die Gelegenheit, sich kennenzulernen, zu informieren und Fragen der Selbsthilfe gemeinsam zu diskutieren.

20. Anhang

20.1 Moderatoren, Referenten und Podiumsteilnehmer

Balke, Klaus, NAKOS Berlin, Berlin

Becker, Ingo, ISAB Köln-Leipzig, Köln

Bickeböller, Helga, Stadtverwaltung Münster Stadthaus I, Münster

Bläss, Petra, Deutscher Bundestag PDS-Partei, Bonn

Braun, Joachim, ISAB Köln-Leipzig, Köln

Dörrie, Klaus, Der Paritätische Gesamtverband e.V., Frankfurt

Engelhard, Angela, Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit Referat 831, Erfurt

Engelhardt, Prof. Dr. Hans Dietrich, Fachhochschule München

Fink, MdB, Ulf, Deutscher Bundestag CDU/CSU-Fraktion, Bonn

Fischer, MdB, Andrea, Bündnis 90 / Die Grünen, Bonn

Gebhardt, Dr. Ute, MDR- Mitteldeutscher Rundfunk Landeshaus Thüringen, Erfurt

Greiwe, Andreas, MIKS, Münsteraner Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe, Münster

Hammermüller, Hannelore, SHG Morbus Crohn, Erfurt

Händel, Marlies, KISS, Kontakt- u. Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, Chemnitz

Hesse, Ministerialrat Wolfgang, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Referat Selbsthilfe, Bonn

Horn, Waltraud, SHG Parkinson + Angehörige, Suhl

Jakubowski, Anita M., KOSKON, Mönchengladbach

Kettler, Dr. Ulrich, ISAB Köln-Leipzig, Köln

Kramer, Heidi, LAG KISS NW c/o Wiese e.V., Essen

Lasch, Dr. Vera, Institut für Frau und Gesellschaft, Hannover

Moos-Hofius, Birgit, Selbsthilfe Kontaktstelle Frankfurt, Frankfurt

Motsch, Dr. Peter, Stadt Würzburg, Sozialreferat, Würzburg

Müller, Rüdiger, Stadt Suhl, Bürgermeister, Suhl

Nachtigäller, Christoph, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V., Düsseldorf

Nolte, Claudia, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn

Olk, Prof. Dr. Thomas, Martin-Luther-Universität, Institut für Pädagogik, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Halle

Paul-Roemer, Gottfried, ISAB Köln-Leipzig, Köln

Picard, Ernst, Bundesverband der AOK, Bonn

Schaich-Walch, Gudrun, Deutscher Bundestag SPD-Fraktion, Bonn

Scriba, RD Dr. Sibylle, Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Referat für Gesundheitsförderung, Schwerin

Stark, Dr. Wolfgang, Selbsthilfezentrum München, München

Trojan, Prof. Dr. Dr. Alf, Sozialwiss. u. Gesundheit e.V. Universitäts-krankenhaus, Hamburg

von Ferber, Prof. Dr. Christian, Düsseldorf

Wend, Christian, Berlin

Wenig, Manfred, IKK Bundesverband, Bergisch Gladbach

Zacharias, Dr. Ute, KISS Erfurt, Gesundheitsamt, Erfurt

20.2 Teilnehmer der Fachtagung

Alter, Elisabeth, Landkreis Oder-Spree Behinderten u. Seniorenbeauftragte, Beeskow

Armoneit, Werner, Deutsche Rheumaliga LV Thüringen, Etzelbach

Arnold, Klaus, Altenhaßlau

Arweiler, DRK Generalsekretariat, Bonn

Auferkorte, Susanne, KISS Ennepe-Ruhr-Kreis Gesundheitsamt, Schwelm

Bangert, Irene, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn

Becker, Gusti, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg

Behm, Günter, Selbsthilfegruppe Diabetiker Suhl, Suhl

Berg, Helga, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg

Bethke, Angelika, AOK Rheinland, Düsseldorf

Binder, Renate, KISS, Kontakt- u. Informationsstelle für Selbsthilfe, Der Paritätische, Witten

Bischoff, Rolf, Sozialverband VdK Landesverband Sachsen-Anhalt e.V., Halle

Bittrich, Sabine, Arbeiterwohlfahrt Landesverband Brandenburg e.V., Potsdam

Blaschke, Vera, Osteoporose-Selbsthilfegruppe Suhl, Suhl

Block, Barbara, IKOS Jena, Jena

Bluhm, Helga, Bürgeraktive Bad Vilbel, Bad Vilbel

Bobzien, Monika, Selbsthilfezentrum München, München

Bochat, VdAK Landesvertretung Brandenburg AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Potsdam
Borgmann, Irmgard, Freundeskreis DIN-Eppinghoven, Dinslagen
Borgmann, Hermann, LAG der Freundeskreise im Rheinland, Dinslagen
Böhm, Ute, Landesvereinigung Gesundheits Sachsen-Anhalt, Magdeburg
Bräuning, Rudolf, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Brandhorst, Andreas, Bündnis 90 / Die Grünen im Bundestag, Bonn
Braun, Brigitte, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Bretsch, Wolfgang, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Broll, Peter, VdK Landesverband Hamburg e.V., Hamburg
Bromundt, Manfred, REKIS Cottbus Süd-Brandenburg, Cottbus
Bulang, Karin, Selbst-Hilfe-Zentrum Hoyerswerda Diakonisches Werk Hoyerswerda, Hoyerswerda
Burmeister, Prof. Dr. Joachim, Fachhochschule Neubrandenburg FB Sozialwesen, Neubrandenburg
Bütfering, Elisabeth, Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit, Abt. III, Wiesbaden
Cordes, Edeltraud, Deutscher Schwerhörigenbund e.V., Berlin
Cöllen, MR Dr.med. Christel, Stadtverwaltung Erfurt - Gesundheitsamt -, Erfurt
Dahl, Ehrengard, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn
Dalichow, Marlis, PIKS Potsdam, Berlin
Dißel, Richard, Therapie-Sportverein Lünen DVMB, Dortmund
Dotzel, Hedwig, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Drees, Heike, Der Paritätische LV Berlin e.V., Berlin
Eberl, Waltraud, Service- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, Wien
Eckert, Dr. Detlef, ABID, Allg. Behindertenverband in Deutschland e.V., Berlin
Egger, Angelika, München
Ehrhardt, Viola, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen - AGETHUR, Weimar
Ehrlich, Roland, AOK Thüringen, Geschäftsstelle Suhl, Suhl
Eichenmüller, Bärbel, Stadtverwaltung Potsdam, Gesundheitsamt, Potsdam
Eichhorn, Renate, DCCV e.V., Crawinkel
Ende, Klaus, SHG Kreuzbund Suhl, Oberhof/Thür.
Engel, Albrecht, VdK Landesverband Bayern e.V., München
Estorff-Klee, Astrid, KISS Hamburg, Hamburg
Ewers, Joachim, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Faby, Susanne, AK Wandsbek Universität Bremen, Hamburg

Feldmann, Ursula, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt
Fink, Leopold, Der Paritätische LV Baden-Württemberg e.V., Stuttgart
Freimuth, Angelika, KIBIS Kiel, Kiel
Fronhöfer, Detlef, AOK für das Land Brandenburg, Teltow
Fuhrmann, Dr. Christina, Senatsverwaltung für Soziales, Berlin
Gabler, Elisabeth, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Gast, Ullrich, Arbeitsstelle Soz. Bürgerinitiative c/o Sächsische Sozialakademie e.V. , Chemnitz
Gebauer, Gabriele, Sozialpädagogisches Institut Berlin, Selbsthilfe Kontakt- und Beratungsstelle, Berlin
Gehre, Gerlinde, SHG Frauenselbsthilfe nach Krebs Suhl, Suhl
Gensicke, Thomas, Forschungsinstitut für öff. Verwaltung bei der Hochschule für Verwaltungswissenschaften, Speyer
Gerke, Dr. Ulrich, Bundesarbeitgemeinschaft für Rehabilitation BAR , Frankfurt
Gerstein, EfP Europabüro für Projektbegleitung GmbH, Nationale Koordination Beschäftigung, Bonn
Giesel, Jenny, IKK Landesverband Sachsen, Dresden
Gliesche, Heinz, F.I.K.S. e.V., Fürstenwalde
Göring-Eckardt, Katrin, Bündnis 90 / Die Grünen Landesgeschäftsstelle, Erfurt
Graedtke, Jana, Familieninitiative Radebeul e.V. c/o KISS Dresden-Land, Radebeul
Grambow, Dr. Eckhard, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
Grandl, Erich, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Greiner-Leben, Marlies, KISS, Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für SHG, Schwerin
Gromeleit, Deutsche Rheuma-Liga, Suhl
Grote, Claudia, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband NRW Kreisgruppe Ennepe-Ruhr-Kreis, Witten
Gröwe, Inge, SKIS Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle, Leipzig
Haase, Kornelia, Landeshauptstadt Dresden, Dezernat Gesundheit und Soziales, Sozialamt, Dresden
Haberer, Dr. med. Willibald, Kreis Limburg-Weilburg Kreisgesundheitsamt, Limburg
Hartmann, Gudula, Stadtverwaltung Erfurt Sozialamt, Erfurt
Hänsel, Monika, SHG Kreuzbund Suhl, Suhl
Häuptner, Beate, Landratsamt Gotha, Gotha
Heider, Christiane, Stadtgesundheitsamt Kassel, Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS), Kassel
Heinrich, Cornelia, Selbsthilfegruppe Guttempler, Suhl

Hengelhaupt, Gudrun, BESEG-Beratungsstelle Suhl, SHG TON, Zella-Mehlis
Heßler, BESEG-Beratungsstelle Suhl, Suhl
Hoffmann, Peter, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
Hoffmann, Gabi, Koordinierungsstelle für Selbsthilfe, Bautzen
Hoffmann, Regina, SHG Seidenmalen, Suhl
Hofmann, Johannes, Koordinierungsstelle für Selbsthilfe, Bautzen
Holtmann-Tesch, Hille, BeKoS, Oldenburg
Honnef, Dr. Sibylle, EfP Europabüro für Projektbegleitung GmbH, Nationale Koordination Beschäftigung, Bonn
Hopstock, Dr. Brigitte, Techniker Krankenkasse Landesvertretung Thüringen, Erfurt
Hübner, Michael, DAK Geschäftsstelle Suhl, Suhl
Hübner-Seithe, Erika, K.I.S.S., Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe, Kreis Unna Gesundheitshaus, Lünen
Jacob, Roswitha, F.I.K.S. e.V., Fürstenwalde
Jakob, Dr. Christine, Deutsche Rheumaliga LV Thüringen, Etzelbach
Januschewski, Rita, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband NRW Kreisgruppe Ennepe-Ruhr-Kreis, Witten
Junge, Christa, KISS Erfurt, Gesundheitsamt, Erfurt
Kaltenstadler, Hildegard, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Kamutzki, Gudrun, Herner Arbeitskreis der Selbst- hilfegruppen im Suchtbereich, Herne
Keding, Kerstin, VdAK/AEV Thüringen Landesvertretung, Erfurt
Keidel, Theresa, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Keßler, Adolf, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Kickner, Christa, Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Traunstein, Traunstein
Klein, Helmut, Kreis Limburg-Weilburg, Kreisgesundheitsamt, Limburg
Kleinert, Ursula, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Berlin
Knebel, Birgit, KOBES Kontakt-und Beratungsstelle, Magdeburg
Knorr-Siedow, Thomas, Institut für Regionalentwicklung und Strukturplanung IRS, Erkner
Körber, Regina, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Kramer, Christa-Maria, Caritasverband für das Bischöfliche Amt, Magdeburg
Kresula, Anna, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
Kronfuss, Bernd, PIKS, Paderborner Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe, Paderborn
Kröger, Stefan, Gesundheitszentrum Osnabrück, AK der niedersächsischen Kontakt-stellen c/o Gesundheitszentrum, Osnabrück

Krüger, Ernestine, Gesunde Städte Netzwerk Lübeck, Lübeck
Krümpelmann, Hans-Hermann, VdK Landesverband Rheinland-Pfalz, Koblenz
Kuckartz, Anne, GSD-Airport Bureau Center, Berlin
Kurek, Andrea, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Halle, Halle
Kühmstedt, Ralf, Stadt Jena Sozialamt, Jena
Kühn, Birgit, SEIN e.V., Berlin
Labsch, Regina, SEKIZ e.V., Potsdam
Lademann, Jürgen, Deutsche ILCO Gruppe Suhl, Mehmels
Lange, Christel, Gesundheitsamt Chemnitz, Chemnitz
Laschet, Ulrich, Sozialverband VdK Deutschland e.V., Bonn
Leidt, Christel, KOBES Kontakt- und Beratungsstelle, Magdeburg
Leipold, Marianne, SHG Parkinson, Suhl
Liebeskind, Anita, DAK Geschäftsstelle Suhl, Suhl
Lindemann, Jürgen, SEKIZ e.V., Berlin-Friedenau
Ludwig, Dr. Martina, Evangelisches Stift Reinhardsbrunn, Reinhardsbrunn
Lux, Hasso, Deutsche Rheuma-Liga, AG Suhl, Suhl
Maier, Berndt, VdK e.V. Verband der Kriegsopfer und Rentner Deutschlands, Berlin
Massuvira, Adelino, Suhl
Matoff, Lieselotte, KISS Erfurt, Gesundheitsamt, Erfurt
Matthys, Kristel, Trefpunt Zelfhulp vzw p/a Sociologisch Onderzoekinstitut, Leuven
Matzat, Jürgen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Gießen
Maurischat, Ingrid Ellen, Bundesverband „Frauenselbsthilfe nach Krebs“, Dortmund
May, Richard, Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V., Landesgruppe Hessen, Marburg
Mieth, Karin, SKIS Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle, Leipzig
Morgenthal, Christina, BeKoS, Oldenburg
Moser, Roland, Verein Sozial- u. Begegnungszentren SBZ - St. Leonhard, Graz
Motsch, Dr. Peter, Stadt Würzburg - Sozialreferat -, Würzburg
Möbius, Silke, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Abt. Soziales, Potsdam
Möhlendick, Ursula, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Möltgen, Dr. Thomas, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V., Köln
Murr, Margot, KISS, Kontakt- u. Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, Regensburg
Müller, Christian, Deutsches Rotes Kreuz e.V. Zukunftsteam, Bad Honnef
Müller, Dr. Ulrike, Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte Mecklenburg-Vorpommern , Rostock
Müller, Rüdiger, Stadt Suhl Bürgermeister, Suhl

Müller, Gabriele, Stadtverwaltung Erfurt Sozialamt, Erfurt
Müller-Grohotolsky, Gerlinde, Selbsthilfe Kärnten, Klagenfurt
Müssenich, Josef, Sozialverband VdK Deutschland e.V., Bonn
Naumann, Günter, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Stadt Halle, Sozialamt, Halle
Naundorf, Stefan, Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Baden e.V., Karlsruhe
Neumann, Dr. Gerd-Erich, Arbeitslosenverband Deutschland Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, Stralsund
Neumärker, Heike, Landeshauptstadt Dresden, Dezernat für Gesundheit und Soziales Gesundheitsamt, Dresden
Niermann, Thomas, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Frankfurt
Nießalla, Elisabeth, K.I.S.S., Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe, Kreis Unna, Schwerte
Nußbicker, Dr. Klaus, IKK Ostthüringen, Gera
Oertel, Yvonne, KISS, Kontakt- u. Informationsstelle für Selbsthilfe im Paritätischen, Köln
Ostendorf, Renate, MIKS Münster, Münster
Ott, Ilse, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Abteilung für Rehabilitation, Berlin
Panek, Marion, KISS Dresden im Deutschen Hygienemuseum, Dresden
Peters, Jochen, Haus der Begegnung, Mühldorf
Pfestorf, Elisabeth, SHG „Autistisches Kind“, Suhl
Pieraks, Erika, SHG Frauenselbsthilfe nach Krebs, Suhl
Plankenhorn, Anja, SPI, Berlin
Pohl, Bärbel, BESEG-Beratungsstelle Suhl, Suhl
Rahn, Erik, SEIN e.V., Berlin
Rapp, Ilse, Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt, Frankfurt
Ratzlaff, Marga, DCCV e.V. Deutsche Morbus Crohn/ colitis ulcerosa Vereinigung, Leverkusen
Reichel, Angelika, SEKIZ e.V., Blankenfelde
Reinert, Dr. Adrian, Stiftung MITARBEIT, Bonn
Reiser, Angelika, Selbsthilfezentrum Traunstein, Traunstein
Reufels, Claudia, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie , Dresden
Riedel, Regina, LAG SKS Sachsen, Radebeul
Rieger,Dr. Erich, Aphasiker-Zentrum Unterfranken gGmbH, Würzburg
Rothacker, Thoma, F.I.K.S. e.V., Fürstenwalde
Roßberg, Sigrid, Kontaktstelle f. Selbsthilfegruppen, Gardelegen

Röhrig, Dr. Peter, BRENDAN-SCHMITTMANN-STIFTUNG, Köln
Ruddat, Marieluise, Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg
Rülsam, Dora, Osteoporose Selbsthilfegruppe Suhl, Suhl
Sander, Irmgard, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Abt. Gesundheit, Potsdam
Sawade, Elvira, Stadt Suhl Sozialamt, Suhl
Schauer, Rudolf, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Schmid, Karin, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Schmidt, Sigrid, BRH Ortsverband Suhl, Suhl
Schöniger, Manfred, Diakonisches Werk der Evang. Landeskirche in Baden e.V., Karlsruhe
Schramm, Gotthard, Deutsche ILCO, Südthüringen, Schleusingen
Schrank, Susanne, Stadtverwaltung Gotha - Sozialamt Selbsthilfekontaktstelle -, Gotha
Schraut, Irene, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Schrauth, Olga, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Schröder, Marianne, Sozialamt Stralsund, Stralsund
Schröter, Klaus, Landratsamt Dresden, Dezernat Soziales, Sozialamt, Dresden
Schüle-Wolfsfellner, Doris, Landeshauptstadt München Sozialreferat Abt. Sozialplanung, München
Schwab, Heribert, Universität Ulm, KORN Koordinationsstelle Region. Netzwerk, Ulm
Schwank, Evelin, Institut für Sozialarbeit e.V., Frankfurt a.M.
Schwarz, BESEG-Beratungsstelle Suhl, Suhl
Schwarz, Uta, KISS, Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für SHG, Schwerin
Schwarze, Renate, Stadt Hoyerswerda Dezernat für Soziales u. Gesundheit, Hoyerswerda
Seemann, Silvia, Selbsthilfegruppe Guttempler, Suhl
Seliuski, Peter, SEKIZ e.V., Blankenfelde
Sendzik, Sieglinde, Deutscher Landfrauenverband e.V., Berlin
Standfest, Dr. Erich, DGB Bundesvorstand, Düsseldorf
Steenblock, Elke, Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e.V., Hannover
Stehr, Cornelia, BKK Landesverband Nord, Hamburg
Stein, Rosemarie, Medizinjournalistin, Berlin
Stelter, Marion, BV Stotterer Selbsthilfe e.V., Hamburg
Strähmel, Kerstin, IKOS Jena, Jena

Strauch, Bärbel, Stadtverwaltung Suhl, Amt für Wohnung und Gleichstellung, Suhl
Tezak, Irena, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Thoma, Beate, KISS Teterow Kontakt- und Informationsstelle, Teterow
Tornow, Angelika, PIKS, Potsdamer Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe Gesundheitszentrum, Potsdam
Totzke, Angelika, Haus der Begegnung Selbsthilfekontaktstelle, Bad Freienwalde
Trapphagen, Olaf, IKK Bundesverband, Bergisch Gladbach
Trukses, Waltraud, LAG KISS Baden-Württemberg c/o KISS e.V. Stuttgart, Stuttgart
Ufer, Beate, KISS im Saarland, Saarbrücken
Ullrich, Eva, Ökonomin, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn
Vogt, Rainer, AOK Geschäftsstelle Erfurt, Erfurt
von Appen, Dr. Ursula, KISS, Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für SHG, Schwerin
Vorpahl, Dr. Dr. Herbert, BV der Kommunalen Spitzenverbände Senat der Hansestadt Rostock, Rostock
Wagner, Gundula, IKOS Worms, Worms
Wagner, Gertraude, SEIN e.V., Berlin
Waigand, Klaus, Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg, Würzburg
Waller-Döhner, Barbara, KIBIS, Kontakt, Information und Beratung im Selbsthilfebereich, Der Paritätische, Lüneburg
Waninger,Dr. Heidemarie, Arbeiterwohlfahrt, LV Brandenburg Landesbildungswerk, Werder/Petzow
Waterstradt, Dipl.-Jurist Matthias, VdK Landesverband Thüringen, Jena
Weber, Stefan, VdK Landesverband Sachsen e.V., Chemnitz
Weickenmeier, Mechthild, Der PARITÄTISCHE Kreisgruppe Ennepe-Ruhr-Kreis , Schwelm
Weimann-Bergmann, Ingrid, Der Paritätische BV Unterfranken e.V., Würzburg
Weiße, Dr. Frieder, Landesarbeitsgemeinschaft für Selbsthilfeförderung im Land Brandenburg, Teltow
Wendte, Ulrich, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Abt. Soziales, Potsdam
Westphal, Monika, KISS Stralsund, Stralsund
Wetter, Monika, Schutzbund der Senioren und Vorruheständler Thüringer e.V., Erfurt
Willmer, Walther, Institut für Regionalentwicklung und Strukturplanung IRS, Erkner
Winkelmann, Wilfried, Selbsthilfegruppe Diabetiker Suhl, Suhl
Winkler, Brigitte, AWO Bundesverband Verbindungsbüro Theodor-Fontane-Haus, Falkensee

Wirthwein, Monika, BESEG-Beratungstelle Suhl, Suhl
Wittmann, Birgit, München
Wölfel, Rainer, AOK Bayreuth, Bayreuth
Wollersheim, Silvia, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband, Bonn
Worm, Uta, IKK Landesverband Sachsen, Dresden
Wulf, Ingrid, Deutsches Rotes Kreuz LV Hessen e.V., Wiesbaden
Wunderlich, Frank, Deutsche Gesellschaft für Muskel- kranke e.V., Landesgruppe Hessen, Marburg
Zander-Kettener, Helga, Bundesarbeitsgemeinschaft der Clubs Behinderter und ihrer Freunde e.V., Mainz
Zänker, Manfred, Schutzbund der Senioren und Vorruheständler Thüringer e.V., Erfurt
Zimmerman, Gabriele, LASA Brandenburg GmbH, Potsdam
Zöllner, Heidi, Stadt Suhl Gesundheitsamt, Suhl
Zucker, Selbsthilfebüro Würzburg, Würzburg